



**Institut Marcel Rivière
La Verrière
(Yvelines)**

30 mars- 2 avril 2015

SYNTHESE

L'Institut Marcel Rivière (IMR) est l'un des trente-trois établissements privés de santé d'intérêt collectif gérés par la MGEN (Mutuelle générale de l'Education nationale). Situé sur un domaine de 34 ha, il offre 141 lits de psychiatrie en hospitalisation complète, répartis dans des pavillons de petite taille, disséminés dans un grand parc fréquenté tant par les patients que, en certains endroits, par les habitants de La Verrière.

Les pavillons sont pour la plupart, vétustes. Un projet de reconstruction totale doit débiter courant 2016.

En 2014, l'IMR a accueilli 741 patients en soins libres et 155 en soins contraints. Au moment de la visite (avril 2015) 159 patients étaient hébergés en hospitalisation complète, dont 17 en soins contraints.

Une prise en charge bienveillante et globalement soucieuse de l'autonomie des patients

A l'exception de celles qui accueillent des mineurs, les unités sont ouvertes. L'esprit de la thérapie institutionnelle qui a présidé à la création de l'établissement règne encore à l'institut, symbolisé par l'absence de blouse blanche chez les soignants, qui témoigne de la volonté d'une relation « horizontale ».

L'établissement ne connaît pas de difficultés de recrutement médical grâce, notamment, à une politique d'intégration des praticiens associés. En revanche, plusieurs équipes soignantes sont confrontées à une certaine instabilité.

Un médecin psychiatre assure une garde, de jour comme de nuit. L'organisation de la prise en charge somatique intègre, outre le bilan d'entrée, une synthèse systématique tous les six mois de présence continue.

L'admission s'accompagne de quelques restrictions de liberté, individualisées, et rapidement levées pour la plupart des patients qui, d'une manière générale, sont autorisés à conserver leur téléphone portable et ont rapidement accès au parc, à la cafétéria (ouverte le dimanche) ou à la bibliothèque (riche d'ouvrages variés, avec conférences ouvertes à tous et accès, limité, à internet). Seule la restauration fait l'objet de vives critiques, tant en qualité qu'en quantité.

Dans ce contexte, on s'étonne que le règlement intérieur limite les visites à quelques heures durant le week-end.

Les activités thérapeutiques organisées en faveur des patients sont, dans la plupart des unités, nombreuses et variées.

Le personnel est attentif à favoriser l'autonomie des personnes hospitalisées sous contrainte et à préparer leur sortie dans le cadre d'un parcours progressif, tenant compte à la fois de la sécurité et de l'état du patient.

La durée moyenne de séjour est de deux mois mais, ainsi qu'on le constate dans de nombreux établissements, un certain nombre de patients sont présents depuis plusieurs années, faute de structures d'accueil adaptées.

Une prise en charge globalement respectueuse des droits des patients

Le respect des droits des patients apparaît comme une préoccupation réelle de la direction.

Des réunions d'information sont organisées en direction du personnel ; une enquête a été réalisée, tant auprès des soignants que des patients, pour mesurer la connaissance des droits de ces derniers. Un protocole détaillé a été élaboré, destiné à déterminer les rôles de chacun dans l'information du patient et la mise en œuvre de ses droits. Une attention particulière est portée aux patients qui ne lisent pas le français et il est recouru à des traducteurs officiels, infirmiers ou médecins travaillant à l'institut.

Les patients admis en soins contraints se voient remettre copie de la décision d'admission, accompagnée du certificat qui la fonde (ce qui n'est pas le cas de tous les établissements), ainsi qu'un formulaire les informant de leurs droits. Même si ce formulaire gagnerait à être précisé, tout comme le livret d'accueil et l'affichage au sein des unités, le respect des droits apparaît comme un souci réel.

L'intervention du JLD est acceptée dans son principe, comme le montre le faible nombre de certificats médicaux d'incompatibilité avec le transport ou l'audition.

Le déroulement de l'audience – qui se tient au centre hospitalier Charcot – est parfois critiqué par les soignants mais il convient surtout d'évoquer ici le conflit qui oppose le barreau de Versailles à la direction de l'établissement. Au-delà d'une divergence d'appréciation – somme toute traditionnelle – quant à l'intérêt du patient, ce conflit concerne essentiellement les conditions de rémunération des avocats qui, en cas d'aide juridictionnelle partielle, « négocieraient » avec leur client un complément d'honoraires, parfois substantiel, lors de l'entretien qui généralement se tient brièvement avant l'audience.

De cette question récurrente, dépend en réalité la qualité de la défense de ces patients, particulièrement vulnérables.

Le placement à l'isolement fait l'objet de protocoles et d'un suivi attentif de la part des équipes. Il constitue cependant un sujet de préoccupation. Il fait l'objet d'un protocole mais les associations de familles et les contrôleurs s'interrogent sur son bienfondé. La multiplicité des formes de l'isolement et la souplesse de leur mise en œuvre peuvent constituer des atouts mais faire aussi craindre que toutes les formes d'isolement ne soient pas répertoriées. Compte tenu de l'absence de sanitaires, l'isolement en chambre d'hébergement porte atteinte à la dignité des patients. Il est pareillement attentatoire à la dignité qu'une imposte donne vue sur les toilettes comme c'est le cas dans l'une des chambres au moins. À la date de la visite, antérieure à la loi du 26 janvier 2016, il n'existait pas de registre des mises à l'isolement et des placements en contention.

Il convient enfin de relever la **volonté de transparence et de progrès** qui anime la direction, laquelle indique avoir d'ores et déjà entrepris de mettre en œuvre un certain nombre des préconisations du rapport de constat.

OBSERVATIONS

A – Bonnes pratiques

1 - L'établissement a diligenté une enquête interne auprès des patients et des soignants, permettant de mesurer d'une part, la connaissance par les soignants, des droits des patients, et d'autre part la compréhension par les patients de leurs droits. Cette initiative met en évidence les lacunes ou les difficultés des soignants ; elle donne des indications sur les formations à envisager, et sur le degré de précision que doivent revêtir les protocoles et documents relatifs à l'information des patients.

2 - La remise au patient d'une copie de la décision d'admission et des certificats médicaux qui la fondent constitue une pratique courante dans l'établissement ; elle conduit les praticiens à clairement exposer aux patients le contenu des avis destinés aux autorités. Il n'a pas été relevé que cette pratique – la seule réellement conforme au droit – ait eu quelque conséquence néfaste pour les patients, comme les contrôleurs l'entendent régulièrement invoquer dans d'autres établissements.

3 – Les restrictions aux libertés des patients sont limitées dans le temps et individualisées ; les patients sont en tenue civile, disposent de leur téléphone et ont accès à internet sans qu'il en résulte de dommages pour eux-mêmes ou pour les tiers. Les patients en soins contraints ont un large accès aux espaces communs – parc, restaurant, bibliothèque. Ces pratiques, rendues possibles par une présence soignante attentive, favorisent l'autonomie.

B - Recommandations

1 – Les chambres devraient toutes être équipées de sanitaires librement accessibles.

2 – Les dispositifs de surveillance doivent préserver l'intimité des patients.

3 – Les formulaires informatifs élaborés par l'hôpital reprennent in extenso la liste des droits mentionnés par l'article L3211-3 alinéa 7 du code de la santé publique. Ils gagneraient cependant à être complétés sur certains points : rôle, adresse et modalités de saisine des autorités ; possibilité, pour les parents ou les personnes susceptibles d'agir dans l'intérêt du patient, d'exercer certains des droits mentionnés par l'article ci-dessus cité ; droit, pour le patient, d'être informé des projets de décisions relatifs au maintien des soins et à la forme de la prise en charge ainsi que de faire valoir ses observations sur ces mesures tout au long de l'hospitalisation.

4 – Il convient de formaliser le recueil des observations du patient.

5 – Le livret d'accueil consacre une page aux différents modes d'hospitalisation et plus particulièrement aux soins contraints. Il conviendrait de clarifier et compléter la rubrique relative aux droits du patient, notamment en distinguant le recours contre les décisions d'admission de la possibilité de saisir les instances mentionnées par l'article L3211-3 du code de la santé publique ; de préciser le rôle du juge des libertés et de la détention et d'informer le patient de la possibilité de le saisir.

6 - Le principe et les conditions d'intervention des avocats à l'audience du juge des libertés et de la détention doivent être clarifiés.

7 – Il convient de veiller à ce que, dans chaque unité, un tableau d'affichage renseigne les patients sur leurs droits essentiels ainsi que sur le fonctionnement de l'unité.

8 - Malgré les formations organisées et une évidente bonne volonté des personnels, il subsiste une certaine méconnaissance des droits des patients et, pour le personnel rencontré une difficulté à les exposer clairement au patient. Il convient donc de poursuivre l'effort de formation entrepris.

9 - Les patients ne doivent être placés à l'isolement que dans des chambres organisées à cette fin qui doivent, du reste, être réaménagées afin de respecter leur dignité (installation de sanitaires, respect de l'intimité).

10 – Les placements à l'isolement doivent être consignés sur un registre, conformément aux exigences de la loi du 26 janvier 2016. Une réflexion sur les pratiques devrait être instaurée, pour en préciser les conditions et en limiter le nombre.

Table des matières

SYNTHESE	2
OBSERVATIONS	3
Table des matières	6
Rapport	9
1- Conditions générales de la visite	9
2- Présentation générale de l'établissement	10
2.1 La santé mentale dans le département des Yvelines	10
2.2 L'établissement de santé	10
2.2.1 L'historique	10
2.2.2 L'implantation et l'accessibilité	10
2.2.3 Les bâtiments	11
2.2.4 L'organisation fonctionnelle	12
2.3 L'activité	13
2.4 Le personnel	14
2.4.1 Les effectifs.....	14
2.4.2 La gestion des ressources humaines	15
2.5 Les données financières	16
3- hospitalisation sans consentement et exercice des droits	16
3.1 L'arrivée du patient	17
3.2 Décision d'admission et notification	18
3.3 Les informations données aux malades	21
3.3.1 Les informations contenues dans la décision d'admission	21
3.3.2 Le livret d'accueil de l'établissement.....	21
3.3.3 L'affichage.....	23
3.3.4 Les règles de vie des unités de soins	23
3.4 Le recueil des observations des patients	24
3.5 La période initiale de soins et d'observation	25
3.6 La levée des mesures de contrainte	25
3.6.1 La levée des SDRE sur avis du psychiatre participant à la prise en charge.....	25
3.6.2 L'avis du collègue	25

3.6.3	Le contrôle du juge des libertés et de la détention.....	26
3.6.4	Le passage en programme de soins	31
3.7	Les sorties.....	31
3.8	Le rôle des autorités	33
3.9	La commission départementale des soins psychiatriques	33
3.10	Le registre de la loi et son contrôle par les autorités	34
4-	Les droits des patients hospitalisés.....	35
4.1	La protection juridique des majeurs	35
4.2	La désignation d'une personne de confiance.....	35
4.3	L'accès au dossier médical.....	37
4.4	L'accès à l'exercice d'un culte	38
4.5	Le droit de vote	39
4.6	La communication avec l'extérieur	39
4.6.1	Les visites.....	39
4.6.2	Le courrier	40
4.6.3	Le téléphone, l'informatique et l'accès à Internet.....	40
4.7	La commission des relations avec les usagers et de la qualité de la prise en charge.	40
4.8	Les représentants des familles	42
4.9	Les plaintes et réclamations	42
4.10	Les événements indésirables	43
4.11	Les questionnaires de satisfaction et l'enquête sur la bientraitance	45
4.12	Le comité d'éthique.....	47
5-	Les conditions d'hospitalisation	48
5.1	Eléments communs à tous les secteurs.....	48
5.1.1	Les formalités d'admission	48
5.1.2	La restauration	49
5.1.3	La blanchisserie.....	51
5.1.4	La sécurité.....	51
5.1.5	Les activités communes	52
5.1.6	Les soins somatiques.....	59
5.1.7	Le service de nuit.....	62
5.2	Le pôle 1 de psychiatrie adulte	62

5.2.1	L'unité A1 de post urgences et de court séjour	63
5.2.2	L'unité A2	71
5.2.3	L'unité C1 : psychiatrie aigüe de la personne âgée	82
5.3	Le pôle de psychiatrie et de psychopathologie pour adolescents et jeunes adultes ..	87
5.3.1	L'unité C2	88
5.3.2	L'unité B3	99
5.4	L'hospitalisation des personnes détenues.....	103
6-	Le recours à l'isolement et à la contention	103
6.1	La procédure d'isolement : protocole et pratiques	103
6.1.1	Les protocoles	103
6.1.2	Les statistiques relatives à l'isolement.....	105
6.2	La mise en œuvre de l'isolement dans les unités	106
6.2.1	L'unité A1.....	106
6.2.2	L'unité A2	107
6.2.3	L'unité C1	108
6.2.4	L'unité C2	109
6.2.5	L'unité B3	110
6.3	La mise sous contention : procédure et pratiques.....	111
7-	Eléments d'ambiance.....	112

Rapport

Contrôleurs :

Dominique LEGRAND, chef de mission ;

Gilles CAPELLO ;

François MOREAU ;

Annick MOREL.

En application de la loi du 30 octobre 2007 qui a institué le Contrôleur général des lieux de privation de liberté, quatre contrôleurs ont effectué une visite de l'institut Marcel Rivière, établissement de santé mentale du département des Yvelines, du 30 mars au 2 avril 2015.

1- CONDITIONS GÉNÉRALES DE LA VISITE

Les contrôleurs sont arrivés à l'institut Marcel Rivière (IMR) situé à avenue de Montfort, à La Verrière, le 30 mars 2015 à 9h30. Ils ont été accueillis par le directeur de l'établissement. La visite ayant été annoncée dans le courant de la semaine précédente (par courrier du 26 mars), une réunion s'est immédiatement tenue, rassemblant notamment, outre le directeur et l'équipe du secrétariat de direction, le directeur médical, le médecin psychiatre président la commission départementale des soins psychiatriques des Yvelines (CDSP), la directrice des soins, les médecins et cadres supérieurs de santé des pôles adulte et adolescent et jeunes adultes, une représentante des usagers UNAFAM et une bénévole de la même association. Etaient également présentes une préparatrice en pharmacie et une secrétaire, au titre d'une organisation syndicale et du comité d'hygiène et de sécurité et des conditions de travail (CHSCT).

Le préfet des Yvelines a été avisé de la visite, de même que le président et le procureur de la République près le TGI de Versailles.

L'ensemble des documents demandés a été mis à la disposition des contrôleurs.

L'affichette annonçant leur visite a été diffusée dans les services de soins et les lieux collectifs ; les organisations professionnelles en ont été informées.

Les contrôleurs ont pu s'entretenir, comme ils le souhaitaient et en toute confidentialité, tant avec les patients qu'avec les personnels de santé et l'ensemble des intervenants exerçant sur le site.

Les contrôleurs ont quitté l'IMR le 2 avril 2015 à 17h30 après une rencontre avec le directeur et le directeur médical, auxquels s'étaient joints des représentants de l'ensemble des services visités.

Le rapport de constat a été adressé au directeur de l'établissement par courrier du 31 décembre 2015 ; il y a été répondu par lettre du 5 février 2016. Le présent rapport tient

compte des observations reçues.

2- PRÉSENTATION GÉNÉRALE DE L'ÉTABLISSEMENT

2.1 La santé mentale dans le département des Yvelines

Au 1^{er} janvier 2015 les Yvelines comptent 1 412 356 habitants. La prise en charge de la santé mentale s'articule autour des secteurs de psychiatrie, organisés en deux réseaux de coopération, au Nord et au Sud du département :

- un réseau santé mentale Nord comportant dix secteurs de psychiatrie générale et quatre secteurs de psychiatrie infanto-juvénile, coordonné par le centre hospitalier François Quesnay de Mantes-la-Jolie ;
- un réseau santé mentale Sud comportant huit secteurs de psychiatrie générale, trois secteurs de psychiatrie infanto-juvénile et un secteur de psychiatrie en milieu pénitentiaire, coordonné par le centre hospitalier de Versailles.

L'établissement visité s'inscrit dans le réseau de santé mentale Yvelines Sud, institué en groupement de coopération sanitaire depuis octobre 2006 et couvrant une population d'environ 680 000 habitants.

2.2 L'établissement de santé

L'Institut Marcel Rivière (IMR) de La Verrière est l'un des trente-trois établissements de santé d'intérêt collectif gérés par la MGEN (Mutuelle générale de l'Education nationale) - Action Sanitaire et Sociale.

2.2.1 L'historique

La MGEN – Mutuelle Générale des l'Education Nationale – a été créée en 1947 sur la base des sociétés de secours mutuel mises en place dès le 19^{ème} siècle pour assurer la protection sociale des enseignants. Assurant le régime complémentaire en santé des enseignants, la Mutuelle a parallèlement développé à leur profit un réseau d'établissements sanitaires et sociaux qui, à compter de 1975, s'est ouvert à tous les assurés sociaux. En 2000, la branche « MGEN action sanitaire et sociale » a été créée, afin d'en assurer la gestion. Au moment du contrôle, celle-ci gérait trente-trois établissements. L'institut Marcel Rivière, ouvert en 1959, est l'un d'eux. Il est constitué sous la forme d'ESPIC (établissement de santé privé d'intérêt collectif).

L'IMR dispose de 186 lits dont 45 lits d'hôpital de jour.

Depuis janvier 2013, l'IMR est regroupé, juridiquement et administrativement, avec le centre gériatrique Denis Forestier, autre établissement de la MGEN également implanté sur la commune de La Verrière. Un projet de reconstruction sur un seul site est prévu pour 2016.

2.2.2 L'implantation et l'accessibilité

L'IMR est construit sur un domaine de 34 ha comportant un parc de 17 ha dont une partie est ouverte au public par convention avec la communauté de communes.

L'établissement est situé sur la commune de La Verrière dans le département des Yvelines, proche de l'axe de la route nationale 10, à environ 1km de la gare SNCF desservie par le Transilien (gares Montparnasse et la Défense) et par la ligne C du RER. Ces lignes assurent une desserte toutes les trente minutes ; la gare est située à un quart d'heure de marche de l'IMR.

En outre, un réseau particulièrement dense d'autobus achemine vers l'entrée de la structure ou à proximité immédiate :

- la ligne de bus 39-17 (Saint-Rémy-les-Chevreuse-La Verrière) offre un arrêt « Rue de la plaine », à 400 mètres de l'entrée ;
- la ligne 402 (La Verrière-Trappes) permet un arrêt devant l'entrée de l'établissement ;
- la ligne 415 (Le Mesnil-Saint-Denis-Bois d'Arcy) comporte également un arrêt (« Hôpital MGEN ») devant cette entrée.

Les divers pavillons sont ensuite rejoints à pied, en cinq minutes de marche pour les plus éloignés de l'entrée du domaine (A3, B3, C3, D3).

2.2.3 Les bâtiments

Dès l'ouverture, en 1959, l'IMR s'est situé comme un établissement novateur en termes d'architecture et de politique de soins autour de la notion de « thérapie institutionnelle¹ ».

Le site est structuré en trois « villages » comportant chacun trois pavillons d'hébergement de taille modeste (vingt-cinq places), accueillant un public mixte, en chambres individuelles. Par ailleurs, outre le bâtiment administratif, un hôpital de jour et un bâtiment médical, la vie de l'IMR s'organise autour d'un espace central largement accessible aux patients et comprenant diverses salles de soins (ergothérapie, psychomotricité...) mais aussi restaurant, cafeteria, bibliothèque, centre social, théâtre....

Un dernier bâtiment abrite un institut de formation en soins infirmiers (IFSI).

L'ensemble des bâtiments, à l'exception du bâtiment C2 (psychiatrie de l'adolescent et du jeune adulte), est vétuste, la maintenance est imparfaite ; l'ensemble nécessite une rénovation. Les pavillons comportent chacun deux ou trois ailes, dont l'une comporte un ou un demi-étage. Comme indiqué *supra*, un projet de destruction et reconstruction totale de l'institut est en cours, avec regroupement sur un même site des établissements actuels de psychiatrie (IMR) et de gériatrie (Centre denis Forestier) ; il est prévu que le conseil d'administration se prononce le 15 avril 2015 sur les projets architecturaux proposés par deux cabinets ; les travaux devraient débuter en 2016.

Dans sa réponse au rapport de constat, le directeur de l'IMR indique que, le projet ayant été validé par le conseil d'administration postérieurement au contrôle, les premiers travaux débiteront au second semestre 2016.

¹ Le terme psychothérapie institutionnelle apparaît dans les années 1950 pour caractériser une psychiatrie ouverte (hôpitaux sans murs d'enceinte), fondée sur une relation « égalitaire » entre soignants et soignés et dans laquelle la vie de groupe est considérée comme importante.

L'accès à l'établissement s'effectue par une entrée principale protégée par deux barrières levantes, en régle générale ouvertes, et un poste de gardiennage. Une allée principale dessert les allées secondaires permettant l'accès aux différents secteurs administratifs, d'hospitalisation et de logistique. Le bâtiment administratif est implanté peu après l'entrée, sur la gauche de l'allée principale.

Le « Village 1 », le plus proche de l'entrée principale, compte soixante-cinq lits ; il est composé de trois bâtiments d'hospitalisation (A1, B1 et C1) correspondant respectivement à la psychiatrie post-urgence, la psychiatrie/addictologie adulte et la psychiatrie aigüe de la personne âgée.

Le « Village 2 », comptant soixante-neuf lits, est également composé de trois bâtiments (A2, B2, C2) correspondant respectivement à la psychiatrie adulte, le service de soins et de rééducation en addictologie et la psychiatrie de l'adolescent et du jeune adulte.

Le « Village 3 », le plus éloigné de l'entrée, comporte soixante-quinze lits ; il est composé des bâtiments B3, C3 et D3 correspondant respectivement aux jeunes adultes, à une unité de soins et réintégration scolaire et à une unité de psychiatrie de réhabilitation (patients au long et très long cours).

Au centre du domaine, un « Centre social » rassemble les cuisines, un restaurant (personnels et patients), la cafétéria, une bibliothèque/atelier et une salle de spectacle.

Une pharmacie à usage interne est implantée au rez-de-chaussée d'un bâtiment médico-administratif.



Bâtiment B1



Bâtiment A1

2.2.4 L'organisation fonctionnelle

L'activité médicale est organisée en cinq pôles, chacun placé sous la responsabilité fonctionnelle conjointe d'un médecin et d'un cadre de santé. Cette organisation est globale pour l'IMR et le centre gériatrique Denis Forestier.

L'ensemble des pôles est piloté par une « plateforme » associant les responsables de pôle – médicaux et soignants – la directrice des soins et le directeur médical de l'établissement. L'établissement a fait choix de se doter d'un directeur médical, relais de la direction auprès des soignants et responsable de la cohérence de l'ensemble du projet médical.

Les cinq pôles se répartissent de la façon suivante :

- pôle de psychiatrie adulte, hospitalisation et soins ambulatoires, composé d'une unité d'addictologie et psychiatrie, d'une unité de psychiatrie du sujet âgé et de deux unités de psychiatrie adulte (site de l'IMR);
- pôle de psychiatrie et de psychopathologie de l'adolescent et du jeune adulte (PAJA), composé d'une unité de jeunes adultes, d'une unité tendant à la réinsertion du jeune adulte souffrant de troubles graves de la personnalité et d'une unité d'accueil d'adolescents en situation de « post urgence » (site de l'IMR) ;
- pôle médico-social et de soins de réhabilitation psychosociale, composé d'un établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD) situé sur le site du centre gériatrique Denis Forestier et d'une unité psychiatrique sanitaire prenant en charge des patients souffrant de maladies psychiatriques en cours de projet de sortie (IMR) ;
- pôle médecine, soins de suite et de rééducation (SSR), comportant un service de soins de suite et rééducation gériatrique, un SSR addictologie, une unité de soins palliatifs (tous situés sur le site du Centre gériatrique Denis Forestier) ;
- pôle enseignement, formation et recherche, en lien avec tous les autres.

La prise en charge somatique est assurée par un service spécifique, dirigé par un médecin, une infirmière diplômée d'Etat (IDE) et un agent administratif.

2.3 L'activité

Seuls les chiffres 2013 ont été communiqués, les chiffres de l'année 2014 étant en cours de collecte au moment du contrôle.

L'activité 2013 s'établit comme suit :

- **pôle de psychiatrie adulte** (95 lits² dont 2 lits d'isolement et 1 lit de soins intensifs) :
 - o taux d'occupation de 83 % ;
 - o file active de 603 patients réalisant 29 428 journées facturées ;
 - o durée moyenne de séjour (DMS) de 51 jours ;
 - o taux de nouveaux patients 58,9 %.
- **pôle psychopathologie de l'adolescent et du jeune adulte** (68 lits):
 - o taux d'occupation de 86 % ;
 - o file active de 284 patients ;
 - o DMS de 65 jours ;
 - o taux de nouveaux patients 42 % ;

² Le nombre de lits a légèrement varié à la baisse depuis lors.

- **hôpital de jour** (quinze lits adultes et cinq lits adolescents et jeunes adultes) :
 - o file active de 102 patients adultes réalisant 6 846 journées facturées et de 188 patients adolescents ou jeunes adultes, représentant 1 148 journées facturées ;
 - o nombre de venues par patient adulte : 320.

Le 30 mars 2015, veille du contrôle, 160 patients étaient hospitalisés à l'IMR, dont dix-sept en soins contraints.

2.4 Le personnel

2.4.1 Les effectifs

2.4.1.1 Le personnel médical

Au moment du contrôle, la situation était la suivante :

Praticiens hospitaliers, psychiatres	12,6 ETP, dont un directeur médical (1 ETP)
Praticiens associés attachés	4,9 ETP
Médecin généraliste	0,6 ETP
Pédiatre	1 ETP
Assistant	1 ETP
Internes	5 ETP
Pharmaciens	2 ETP (pour les deux sites, ILR et DF)

Un psychiatre est de garde sur place et un autre est d'astreinte chaque jour de l'année ; le médecin généraliste est présent en semaine.

Depuis plusieurs années, un programme de recrutement de praticiens associés avec objectif de les conduire à l'obtention du diplôme et de l'inscription au conseil de l'Ordre, a porté ses fruits et se poursuit, fidélisant les médecins. Il n'y avait pas de postes vacants au moment du contrôle.

2.4.1.2 Le personnel non médical

	ETP affectés	ETP présents
IDE (infirmier diplômé d'Etat)	107,75	99,05
AS (aide-soignant)	49,4	49,4
Psychologue	13,5	13,5
AMP (aide médico-psychologique)	2	2

Educateurs spécialisés	14	13
ME (moniteur éducateur)	3	3
Auxiliaire de vie	2	2
ADS (auxiliaire de soins)	40,3	36,3
veilleuse	7	6
kinésithérapeute	2,7	2,2
PAPA (professeur en activité physique adaptée)	2,5	2
psychomotricienne	5,7	5,7
ergothérapeute	8,8	7,8
Agents de sécurité	5	5

2.4.2 La gestion des ressources humaines

Chaque unité est pilotée par un cadre de santé, l'un d'eux est d'astreinte les nuits, jours fériés et week-ends, pour l'ensemble de l'établissement.

Un cadre de santé est responsable spécifiquement du service de nuit.

L'IMR est doté d'un institut de formation en soins infirmiers (IFSI) formant en moyenne quatre-vingts infirmiers par an.

Le taux d'absentéisme était de 10 % en 2014, plus important pour les ASH que pour les IDE.

Il est indiqué aux contrôleurs que l'IMR ne rencontre pas, au moment du contrôle, de difficultés de recrutement. Seuls six postes d'infirmiers sont vacants lors de la visite des contrôleurs ; compte tenu de la fermeture programmée d'une unité (D3) fin juin 2015, il n'était pas envisagé de les pourvoir.

Les personnels de nuit travaillent sur la base du volontariat.

Une journée « d'intégration » est organisée chaque trimestre, comportant, d'une part, des modules généraux (connaissance de l'établissement, organisation, sécurité...) et, d'autre part, des modules spécifiques à chaque métier.

En 2014 huit réunions d'information-sécurités ont été organisées, et une formation annuelle à la sécurité incendie est obligatoire pour tous les personnels. L'établissement dispense également des formations relatives aux droits des patients, qui s'adressent à l'ensemble des soignants ; le nombre de participants n'a pas été fourni.

2.5 Les données financières

Le résultat réalisé en 2014 montre un excédent de 911 541,22 euros.

Le total des charges s'est élevé à 30 132 092,15 euros dont 69,9 % de frais de personnel, 20 % de charges hôtelières et générales et 0,8 % d'amortissements, provisions et charges exceptionnelles.

Le total des produits s'est élevé à 31 043 633,37 euros dont 89 % de dotation annuelle de financement par l'assurance maladie, 4 % de produits de l'activité hospitalière et 6 % d'autres produits.

3- HOSPITALISATION SANS CONSENTEMENT ET EXERCICE DES DROITS

En 2014, l'IMR a accueilli 741 patients en soins libres et 155 en soins contraints, ainsi répartis :

- 99 SDTU (soins à la demande d'un tiers, en urgence) ;
- 28 SDT (soins à la demande d'un tiers) ;
- 9 SPI (soins pour péril imminent) ;
- 18 SDRE (soins sur décision du représentant de l'Etat).

Au dernier jour de la visite, 159 patients étaient hébergés en hospitalisation complète, dont 17 en soins contraints, ainsi répartis :

- 4 SDRE ;
- 5 SDT ;
- 7 SDTU ;
- 1 SPI.

L'ensemble de la procédure relative aux soins contraints fait l'objet d'un **protocole** décliné sous forme de fiches détaillées intégrant différentes hypothèses pratiques et définissant précisément le rôle de chacun à chaque stade de l'hospitalisation. Il décrit l'ensemble des démarches à effectuer selon que le médecin envisage ou non le maintien des soins sous contrainte au terme de 24 puis de 72 heures. Il détaille pareillement la suite de la procédure : saisine du juge des libertés et de la détention (JLD), établissement des certificats mensuels, notification au patient des décisions de la direction avec remise de copie des certificats médicaux, de la décision du directeur et de l'arrêté préfectoral le cas échéant, saisine du JLD au sixième mois.

En l'absence du directeur, quatre personnes ont reçu délégation de signature pour procéder à l'admission des patients et à tous actes liés à la loi du 5 juillet 2011 modifiée le 27 septembre 2013.

Courant juillet 2014, une **enquête interne** a été réalisée à l'initiative de l'IMR, **portant sur l'information et le respect des droits fondamentaux** des patients hospitalisés sous contrainte. Des questionnaires ont été proposés aux patients et aux soignants, avec, s'agissant des patients, un protocole de remise destiné à favoriser leur liberté d'expression. Quarante-deux professionnels de santé ont répondu, ainsi que vingt patients. Les réponses seront évoquées plus bas, à propos des droits en cause.

L'IMR organise également, à l'attention des personnels, des **réunions d'information relatives au droit** ; ont ainsi eu lieu :

- en décembre 2013, un « point sur la réforme de la loi de juillet 2011 » ;
- en novembre 2014, une réunion sur « système de gestion des plaintes et réclamations et accès au dossier patient » ;
- en janvier 2015, une autre sur « respect des libertés individuelles et gestion des mesures restrictives de liberté³ ».

Un mémento a été réalisé dans le cadre de cette dernière formation, qui rappelle les principes (liberté d'aller et venir et respect des droits), recense les situations de restriction (du retrait d'effets personnels à la mise en isolement, en passant par la restriction des contacts extérieurs) et en énonce les conditions (sécurité, motifs thérapeutiques, protocole, décision concertée et motivée, recherche du consentement du patient, traçabilité, réévaluation régulière).

L'organisation de formations relatives aux droits des patients, l'enquête interne, l'établissement d'un protocole détaillé, prévoyant notamment la remise au patient de copie des décisions d'admission et des certificats médicaux qui la fondent traduisent un réel souci de respecter les droits du patient et doivent être salués.

3.1 L'arrivée du patient

Une grande majorité de patients transite par le service des urgences du centre hospitalier de Versailles, où une unité d'accueil d'urgence peut les accueillir durant 72 heures.

Le premier contact s'opère de médecin à médecin. L'IMR a fait le choix d'orienter les patients, y compris en soins contraints, vers une unité répondant à leur pathologie ou à leur âge plutôt que de systématiser le passage dans une unité d'accueil ; adolescents et jeunes adultes sont ainsi accueillis directement au sein de l'unité B3 ou C2, après contact avec le médecin chef du pôle PAJA (adolescents). L'unité sectorielle A2, unité de psychiatrie pour adultes, reçoit cependant un nombre plus important de patients admis sans leur consentement (le tiers, pour l'année 2014).

Le moment de l'accueil est déterminé d'un commun accord entre les médecins, selon l'état du patient, l'encombrement des urgences et les places disponibles à l'IMR. Les patients sous contrainte arrivent généralement à l'issue de la 24^{ème} heure ; s'ils ont passé 72 heures aux urgences de Versailles, l'accueil à l'IMR s'effectue par transfert ; aux certificats médicaux habituels s'ajoute l'accord médical de l'IMR pour l'accueil du patient. Aucun patient en SDRE

³ La formation a rappelé les recommandations du Contrôleur général des lieux de privation de liberté

n'est admis sans l'arrêté préfectoral ; en général, cet arrêté n'a pas été notifié avant l'accueil à l'IMR.

Le transport est organisé par le centre hospitalier ayant initialement reçu le patient, en pratique le CH de Versailles ; les malades arrivent en ambulance, généralement accompagnés de deux soignants, outre le chauffeur. Selon les renseignements recueillis à l'IMR, le recours à la contention durant le transport serait plus fréquent que ne le nécessite l'état du patient ; il est systématique pour les patients en soins contraints. Dans son courrier en réponse au rapport de constat, le directeur de l'établissement précise que cette décision (qui ne concerne pas l'IMR) a été prise à la suite d'agressions commises pendant les trajets.

L'accueil du patient est réalisé par deux soignants, dont au moins un infirmier. L'entretien médical qui suit réunit toujours médecin et infirmier. A ce stade et si son état le permet, sont remis au patient : le livret d'accueil, accompagné du questionnaire de satisfaction, le règlement intérieur de l'unité et l'imprimé relatif à la désignation d'une personne de confiance. Selon l'état du patient, le médecin détermine, d'une part, son affectation – chambre d'isolement ou chambre traditionnelle – et, d'autre part, les restrictions imposées par son état – retrait d'objets dangereux, du téléphone portable, interdiction de sortir du pavillon...

L'inventaire des biens du patient est effectué lors de la conduite en chambre ; il est réalisé par deux soignants ; il est effectué de manière contradictoire si l'état du patient le permet et, dans le cas contraire, par deux soignants. Les valeurs et autres objets retirés sont placés dans un coffre placé au service de la comptabilité. S'il a participé à l'inventaire, le patient est invité à signer une fiche récapitulative ; dans le cas contraire, il en est fait mention sur la fiche, signée des soignants.

L'assistante sociale de l'unité est avisée des admissions ; elle assure le relais avec la famille et l'environnement. Elle est notamment chargée de vérifier l'existence d'une mesure de protection juridique et de contacter tuteur ou curateur.

3.2 Décision d'admission et notification

En pratique, **l'enregistrement du dossier** du patient s'effectue au sein de chaque unité, qui, toutes, bénéficient d'une secrétaire médicale. Celle-ci réunit d'une part, les documents médicaux (comptes-rendus d'hospitalisation, résultats des examens pratiqués...) et, d'autre part, l'ensemble des pièces nécessaires à l'admission (certificat médical et décision administrative, pièce d'identité, carte Vitale et, le cas échéant, demande du tiers) ; au besoin, le dossier est complété grâce à la famille.

La secrétaire transmet les documents nécessaires à l'admission au secrétariat de direction, qui vérifie leur conformité aux exigences légales et prépare la décision d'admission que prendra le directeur, ainsi que l'imprimé de notification. **Le directeur, en effet, procède à une décision d'admission, quel que soit le statut du patient.** L'ensemble – décision du directeur, imprimé de notification, décision administrative initiale, le cas échéant – est adressé au secrétariat de l'unité, aux fins de notification.

La notification de la décision d'admission a lieu le jour même de l'arrivée.

Le protocole établi par l'IMR attribue au médecin le soin :

- d'informer le patient du mode d'hospitalisation, de ses motifs, de son déroulement jusqu'à la 72^{ème} heure et de ses droits ;
- de veiller à ce que le tuteur, le curateur, ou les titulaires de l'autorité parentale, soient informés.

Dans sa réponse au rapport de constat, le directeur indique⁴ : « le psychiatre veille à l'information du patient sur le contenu et les conclusions de son certificat et note les observations du patient au regard de ses conclusions dans le certificat médical. Le certificat médical informatisé est structuré pour permettre la traçabilité de la réalisation de cette information et des observations ».

Les soignants se voient confier le soin :

- d'informer le patient de ses droits dans le cadre de la prise en charge et de la possibilité de faire valoir ses observations ;
- de lui faire signer l'imprimé de notification et de lui remettre les pièces associées (listées).

Une liste a été établie, parmi les soignants, de personnes susceptibles d'assurer une notification dans diverses langues (anglais, allemand, arabe, italien, espagnol). Mention est faite, sur l'imprimé de notification, de l'identité du traducteur, accompagnée d'une copie d'un document d'identité.

Le protocole prévoit également que le tuteur ou le curateur, ainsi que les titulaires de l'autorité parentale, soient rendus destinataires d'un courrier de notification.

Quel que soit le statut des patients, la décision notifiée est celle prise par le directeur de l'IMR. Elle est établie sur la base d'un imprimé type⁵ qui fait référence, d'une part, au fondement juridique de l'admission (demande d'un tiers, demande d'un tiers en urgence, péril imminent, décision du préfet, admission d'une personne détenue), d'autre part aux termes des certificats médicaux annexés, que le directeur déclare s'approprier.

Si l'admission intervient avant l'expiration du délai de 72h, elle est prononcée pour cette durée, à compter du jour de l'admission. Dans le cas contraire, le directeur prononce une admission en hospitalisation par transfert.

Dans le premier cas – admission pour une période d'observation de 72 heures – la décision indique :

- qu'un « recours contre la décision peut être formé devant le JLD » (suivi de l'adresse) ;
- qu'un « recours en appel peut également être introduit devant la cour d'appel de

⁴ Il semble s'agir d'une évolution du protocole postérieure à la visite.

⁵ Dont certaines formules gagneraient à être allégées ; ainsi en va-t-il de la prolongation de l'hospitalisation « pour une durée renouvelable respectant la "rythmicité" mensuelle de la "prononciation" de la mesure de soins sans consentement initiale ».

Versailles (suivi de l'adresse) dans le délai de deux mois à compter de la notification de la présente décision » ; (les contrôleurs ont observé à travers certains dossiers de saisine du juge des libertés et de la détention (JLD) que cette mention, inadaptée, n'avait plus cours) ;

- que « la commission départementale des soins psychiatriques (CDSP) peut également recevoir toute réclamation » (avec mention de l'adresse).

Dans le second cas – admission par transfert – il est mentionné que « la régularité et le bien-fondé de la décision peuvent être contestés devant le JLD (suivi de la mention de l'adresse) dans le cadre d'une saisine sur le fondement de l'article 3211-2 du code de la santé publique ou à l'occasion d'un recours systématique » initié par le directeur de l'IMR ou le préfet. Il est également indiqué que la prise en charge ne pourra se poursuivre en hospitalisation complète sans consentement sans que le JLD n'ait statué sur cette mesure dans un délai de 15 jours (on notera que la loi du 27 septembre 2013⁶ a ramené ce délai à douze jours, à compter du 1^{er} septembre 2014, modification qui a été prise en compte dans les dossiers de saisine JLD consultés par les contrôleurs).

Lorsqu'il s'agit d'un patient admis en SDRE, la décision du directeur fait référence à l'arrêté préfectoral et le patient se voit remettre copie des deux documents lors de la notification.

Les arrêtés pris par le préfet des Yvelines indiquent également :

- que la régularité et le bien-fondé de la décision peuvent être contestés devant le JLD du TGI de Versailles ;
- que la CDSP peut également proposer la levée de la mesure au préfet ou au JLD ; les modalités de sa saisine et l'adresse sont précisées.

Le formulaire de notification élaboré par l'hôpital reprend également les mentions portées sur la décision d'admission du directeur.

Il est fait retour au secrétariat de direction de l'ensemble des pièces originales, notamment de l'imprimé de notification portant signature du patient ou, en cas de refus, de celles de deux soignants. Dans ce dernier cas, le protocole prévoit de proposer une nouvelle fois les documents à la signature du patient 24h plus tard.

Les originaux sont adressés à l'agence régionale de santé (ARS), qui en accuse réception. Une copie de l'ensemble est classée au secrétariat des unités ; une autre copie, de taille réduite, est réalisée pour le registre de la loi.

En cas de maintien de l'hospitalisation, copie des arrêtés préfectoraux postérieurs à l'admission sont remis au patients, sans recueillir d'accusé réception.

L'imprimé-type servant de base à la décision d'admission du directeur, utilisé pour tous les patients quel que soit leur statut, gagnerait à être rédigé de manière plus accessible ; il doit être plus précis quant à l'exercice du recours et adapté aux évolutions législatives.

⁶ Cf. art L3211-12-1 du code de la santé publique.

3.3 Les informations données aux malades

3.3.1 Les informations contenues dans la décision d'admission

Ainsi qu'il a été dit ci-dessus, la décision d'admission du directeur de l'IMR, l'arrêté préfectoral et le formulaire de notification font état des possibilités de recours. Par ailleurs, les formulaires élaborés par l'hôpital reprennent *in extenso* la liste des droits mentionnés par l'article L3211-3 alinéa 7 du code de la santé publique (CSP) (possibilité de contacter les autorités, de saisir la CDSP et la CRUQPC - commission des relations avec les usagers de la qualité de la prise en charge - de prendre conseil auprès d'un médecin ou d'un avocat...).

Il n'est pas fait mention des modalités de saisine, ni du rôle des différentes autorités, ni des adresses, ni de la possibilité de trouver un soutien auprès des personnels pour les joindre. Il n'est pas fait état non plus de la possibilité, pour les parents ou les personnes susceptibles d'agir dans l'intérêt du patient, d'exercer certains de ces droits.

Il n'est pas fait référence :

- au droit de donner un avis quant aux modalités de soins ;
- au droit d'être informé des projets de décisions relatifs au maintien des soins et à la forme de la prise en charge et au droit de faire valoir ses observations à ce sujet.

Il convient donc d'apporter ces précisions, essentielles au respect des droits des patients.

Dans son courrier en réponse au rapport de constat, le directeur produit des documents dont il résulte qu'une action corrective est en cours.

3.3.2 Le livret d'accueil de l'établissement

Le livret d'accueil de l'IMR est remis au patient, dès son arrivée. Il comporte, en dernières pages et au dos du livret, la charte des droits et libertés de la personne âgée en situation de handicap ou de dépendance, la charte de la laïcité et la charte de la personne hospitalisée. Il a été conçu pour l'ensemble des malades et, s'agissant des patients en soins contraints, il est à jour des dispositions de la loi du 27 septembre 2013. Les informations générales sont rédigées et présentées de manière relativement claire ; les informations relatives aux patients admis en soins contraints mériteraient quelques précisions.

On trouve, pour l'essentiel, dans ce livret, les renseignements suivants, qui s'appliquent à tous :

- conditions d'accès et organisation de l'établissement ;
- modalités de séjour et de prise en charge (chambre, linge, effets personnels, soins...) ;
- vie pratique (règles de vie, repas, courrier, tabac...) et vie sociale (bibliothèque, accès internet, théâtre, centre social, salle de musique, boutique) ;
- frais d'hospitalisation ;
- droit à la dignité et à la confidentialité ;
- droit au traitement de la douleur ;

- droit de désigner une personne de confiance (dont le rôle est clairement distingué de celui du tiers à prévenir en cas de besoin) ;
- conditions d'accès au dossier médical ;
- rôle et modalités de saisine de la CRUQPC, dont la composition est déclinée dans un document joint en annexe au livret ;
- commission d'éthique (définition générale et déclaration d'intention, à l'exclusion de renseignements sur l'existence réelle d'une telle commission au sein de l'établissement, sur sa composition précise et son rôle) ;
- démarche qualité et gestion des risques ; enquête de satisfaction, lutte contre les infections associées aux soins (se traduisant par un énoncé des règles d'hygiène) ;
- exercice du culte (respect des croyances, interdiction du prosélytisme et d'une expression susceptible de gêner les soins ou la tranquillité de tous).

Au milieu du livret, une page est spécialement consacrée aux différents modes d'hospitalisation et plus particulièrement aux soins contraints.

Il est précisé, en caractères gras, « ces modes d'hospitalisation font l'objet d'une législation précise respectueuse de vos droits : loi du 5 juillet 2011 modifiée par la loi du 27 septembre 2013 », puis : « le juge des libertés et de la détention doit contrôler les soins dispensés sans consentement avant la fin du 12^{ème} jour suivant l'application d'une contrainte de soins d'un patient hospitalisé en psychiatrie, puis tous les 6 mois faute de quoi la mesure d'hospitalisation est levée ». Au-dessous, est inscrit : « pendant votre hospitalisation, si vous souhaitez être représenté par un avocat : les frais de justice peuvent être à votre charge ».

Cette observation, sans faire aucunement mention du rôle de l'avocat, peut apparaître comme dissuasive alors même que la loi du 27 septembre 2013 a rendu sa présence obligatoire. Il conviendrait de la reformuler et de la compléter : en cas d'aide juridictionnelle partielle, le complément d'honoraires est soumis au contrôle du bâtonnier ; si l'aide juridictionnelle est totale, elle ne peut pas, en principe, donner lieu à versement d'honoraires complémentaires (cf. loi 10 juillet 1991 relative à l'aide juridictionnelle).

La rubrique « sortie » évoque d'abord l'hospitalisation libre, puis les soins contraints, avant de revenir aux formalités concernant exclusivement les soins libres. La logique de cette présentation apparaît discutable, malgré une incise attirant l'attention du lecteur sur le fait que les formalités de sortie, notamment contre avis médical, ne s'appliquent pas aux soins contraints.

La possibilité de contestation de la décision d'admission en soins contraints n'est indiquée qu'à propos des patients admis en SDRE. Elle mentionne indistinctement l'ensemble des possibilités offertes au patient : saisine du JLD, communication avec le préfet, le président du TGI ou le procureur de la République, le maire, saisine de la CDSP, de la CRUQPC, du CGLPL, conseil auprès d'un médecin ou d'un avocat. Le rôle de la CRUQPC est présenté quelques pages plus loin. Celui de la CDSP, du CGLPL, et des autorités, ne le sont à aucun moment. Les adresses ne sont pas indiquées.

Il conviendrait d'être plus attentif à la formulation des droits évoqués dans le livret d'accueil : le droit de formuler un recours contre les décisions d'admission ou de maintien, notamment, doit apparaître clairement ; il se distingue des interventions des autorités et

organismes susceptibles d'intervenir en faveur du patient ; le rôle de ces derniers devrait être précisé, de même que le caractère obligatoire de l'intervention de l'avocat.

Le directeur, dans sa réponse au rapport de constat, indique que le livret d'accueil sera actualisé en 2016.

3.3.3 L'affichage

Les panneaux d'affichage placés dans le hall des unités comportent généralement :

- un organigramme nominatif des personnels du pôle et de l'unité ;
- la liste des personnes ayant délégation de signature en matière de soins contraints ;
- la charte de la personne hospitalisée ;
- la liste des associations d'usagers (sans autre explication quant à leur rôle et aux modalités de saisine) ;
- la liste des membres de la CRUQPC (sans coordonnées ni mention de son rôle) ;
- les coordonnées des représentants de divers cultes (catholiques, protestants, israélites, musulmans) ;
- une note de la direction médicale sur les modalités d'obtention des « permissions » ;
- des indications quant aux performances de qualité.

Le règlement intérieur de l'unité n'est pas toujours affiché ; il ne l'était pas, au moment de la visite, dans les pavillons A1, C1, ni au pavillon C2 (adolescents).

On ne trouve, sur ces panneaux d'affichage, aucune mention du rôle et des coordonnées du JLD, du rôle de la CDSP et des coordonnées de ses membres, ni aucun tableau de l'ordre des avocats.

Il convient de veiller à ce que, dans chaque unité, un tableau d'affichage renseigne les patients sur leurs droits essentiels.

Dans sa réponse au rapport de constat, le directeur indique qu'un contrôle de l'affichage a été effectué dans tout l'établissement en novembre 2015, en vue de la certification de l'établissement ; il précise que la question de l'information est au programme de la commission des usagers pour l'année 2016.

3.3.4 Les règles de vie des unités de soins

Le règlement intérieur des unités a été rédigé par le directeur médical, sur proposition des équipes des unités ; il a ensuite été validé par le médecin responsable et le cadre supérieur de santé du pôle concerné ainsi que par le directeur de l'établissement.

Il obéit à un plan-type : accueil, fonctionnement de l'unité, vie en communauté, droits, communication avec l'extérieur (certaines unités ont regroupé les deux derniers aspects en un chapitre unique).

Les trois premiers chapitres délivrent des informations générales et quasi identiques, sous réserve des modalités pratiques de fonctionnement (horaire des repas, accès à la douche...).

Les règles de base sont les mêmes : fourniture et entretien du linge personnel, produits d'hygiène à la charge du patient ; interdiction de détenir « des produits illicites et de l'alcool » ; interdiction de fumer dans la chambre et les locaux ; interdiction d'introduire denrées alimentaires, plantes, animaux, dans les chambres ; matériel photo et vidéo interdit dans l'enceinte de l'établissement ; visites encadrées dans de stricts horaires (« le week-end et exceptionnellement en semaine, de 13h30 à 18h30 ») ; pas de visites des enfants de moins de 15 ans au sein des unités ; possibilité de restriction sur décision médicale) ; sorties dans le parc possibles dès que l'état du patient le permet ; permissions sur autorisation médicale, avec inventaire systématique au retour et, éventuellement, éthylo-test et recherche de toxiques dans les urines. On notera que le règlement intérieur n'aborde pas la question de la sexualité.

Ainsi qu'il a été dit plus haut, le règlement intérieur est, en principe, affiché dans les unités (tel n'était pas le cas pour toutes les unités au moment du contrôle) ; en revanche, un exemplaire est remis au patient, à l'arrivée.

3.4 Le recueil des observations des patients

Le protocole établi par l'IMR met à la charge des soignants l'information du patient sur ses droits et sur « sa possibilité de faire des observations ». Cette « possibilité » n'est indiquée qu'à propos de l'arrivée du patient ; l'indication n'est pas renouvelée à l'occasion de l'établissement des certificats médicaux du troisième jour, ni des certificats ultérieurs établis à l'occasion des décisions définissant la forme de la prise en charge ou susceptibles d'aboutir à un maintien des soins. *A fortiori*, il n'est pas non plus fait mention des modalités du recueil des observations du patient, prescrit par l'article L3211-3 du code de la santé publique⁷.

Dans sa réponse au rapport de constat, le directeur indique qu'il est prévu de recueillir les observations du patient dans le certificat médical et dans l'imprimé de notification des décisions, tout au long de son séjour » ; il ajoute : « il faudrait tracer en réalité l'absence d'observation quand c'est le cas ».

L'enquête interne réalisée en 2014 a cependant montré des soignants soucieux d'informer les patients sur les soins mis en œuvre ; les contrôleurs ont fait le même constat ; il apparaît néanmoins qu'il s'agit davantage d'expliquer et de convaincre que de recueillir formellement l'avis du malade.

Les certificats médicaux sont effectivement remis au patient ; les soignants rencontrés insistent sur leur volonté d'en expliquer le contenu ; les contrôleurs ont néanmoins rencontré plusieurs patients disant n'avoir conservé aucun souvenir de ces explications ni n'avoir été invité à formuler un avis ou des observations sur la forme de leur prise en charge. Ce constat est à mettre en relation avec l'enquête dont il est rendu compte plus loin (Cf. § 4.11).

⁷ Cet article dispose, en son deuxième alinéa : « Avant chaque décision prononçant le maintien des soins en application des articles L. 3212-4, L. 3212-7 et L. 3213-4 ou définissant la forme de la prise en charge en application des articles L. 3211-12-5, L. 3212-4, L. 3213-1 et L. 3213-3, la personne faisant l'objet de soins psychiatriques est, dans la mesure où son état le permet, informée de ce projet de décision et mise à même de faire valoir ses observations, par tout moyen et de manière appropriée à cet état

Les certificats médicaux joints aux procédures de saisine du JLD que les contrôleurs ont pu examiner indiquent, *in fine* : « le patient a été informé du contenu et de la conclusion du certificat médical ». Ceux qui figurent sur le registre de la loi ne font généralement pas davantage état des observations des patients.

L'article 3211-3 CSP prescrit que le patient doit être mis à même de faire valoir ses observations avant chaque décision prononçant le maintien des soins ou définissant la forme de la prise en charge ; il convient de formaliser ce recueil.

3.5 La période initiale de soins et d'observation

Chaque unité accueillant des patients sans consentement met en œuvre une observation spécifique durant la première période de 72h ; les modalités de cette observation ne sont pas définies ; les personnels évoquent généralement une surveillance plus intense, exercée au sein du pavillon et un partage quotidien des informations. Les renseignements recueillis sont inscrits dans le dossier informatique du patient.

L'examen médical somatique est effectivement réalisé dans les 24 heures.

Tous les médecins inscrits au conseil de l'ordre – soit dix-sept, pour l'ensemble de l'établissement – participent à l'élaboration des certificats médicaux. En pratique, le certificat médical initial n'est pas l'œuvre d'un médecin de l'IMR ; une permanence a été établie afin que les certificats suivants soient élaborés dans les délais légaux ; la secrétaire de direction et les secrétaires des unités veillent au respect de ces dispositions. Le protocole prévoit de s'adresser en premier lieu au médecin référent, s'il n'est pas certificateur (cas des praticiens attachés associés) au responsable de pôle, en troisième lieu au médecin certificateur de permanence.

3.6 La levée des mesures de contrainte

3.6.1 La levée des SDRE sur avis du psychiatre participant à la prise en charge

Selon les renseignements recueillis auprès de la direction de l'IMR, la régularité et la qualité des relations entretenues entre la préfecture et les divers établissements accueillant des patients en soins contraints ont conduit à une forme de « protocole » non écrit, aux termes duquel l'habitude a été prise de tester l'état du patient par quelques sorties accompagnées et au moins une sortie non accompagnée avant de solliciter la mainlevée.

A titre exceptionnel, il est arrivé que le préfet sollicite un deuxième certificat médical, lorsqu'il estime le premier insuffisamment argumenté mais, de manière générale, les propositions de mainlevée sont suivies. Le JLD n'a jamais été saisi en raison d'un refus persistant.

3.6.2 L'avis du collègue

Selon le protocole établi par l'IMR, la responsabilité de réunir le collège incombe au médecin référent du patient. Il est demandé au collège de procéder à « une évaluation approfondie » de l'état mental de la personne et de recueillir son avis. L'avis commun est adressé au secrétariat de la direction médicale, qui l'envoie à l'ARS et au JLD. En cas de désaccord, le membre minoritaire est invité à exprimer son avis sous sa signature. Le principe du recueil de l'avis du patient est mentionné sur le formulaire, lequel ne prévoit pas d'indiquer le contenu. Dans sa réponse au rapport de constat, le directeur indique que les

observations du patient figurent dans le certificat médical qui précède le collège et dans le formulaire de notification qui le suit. Les contrôleurs, à ce propos, ne peuvent que faire une nouvelle fois état du résultat de leurs constats : si les certificats médicaux et les formulaires de notification font bien mention d'un recueil d'observations du patient, le contenu de celles-ci n'est généralement pas développé.

Le collège est composé du médecin référent du patient (et, à défaut, d'un médecin psychiatre de l'unité d'accueil), du cadre soignant de l'unité (et, à défaut, d'un infirmier de cette unité). Bien que la règle n'ait pas été écrite à propos du collège, la direction de l'hôpital estime que le psychiatre extérieur doit être prioritairement choisi à l'extérieur du pôle d'accueil et, à défaut, au sein d'une autre unité du même pôle. Les contrôleurs ont constaté que telle n'était pas toujours la pratique. Concrètement en effet, il semble que la secrétaire médicale à qui il revient de convoquer le collège s'adresse préférentiellement à un médecin d'une autre unité du même pôle.

Selon les renseignements recueillis, la plupart des collèges concernent des patients en programme de soins. S'agissant des patients hospitalisés, ils sont avisés de la réunion du collège et reçus simultanément par les trois membres qui le composent. L'entretien est généralement conduit par le médecin extérieur à la prise en charge, à qui le médecin référent a préalablement exposé quel était le projet de soins ; les cadres de santé rencontrés affirment que leur participation est effective et que l'avis du patient est réellement sollicité. Il est dit que les discussions peuvent être âpres ; au final cependant, il semble que l'expression écrite d'un avis divergent reste très exceptionnelle.

La direction indique que toutes les préconisations de collège ont été suivies par le préfet ou le JLD. Le collège s'est réuni six fois en 2014 et deux fois au cours du premier trimestre 2015, concluant, pour l'un, à la réintégration d'un patient qui était en programme de soins et, pour l'autre, à un passage en programme de soins.

3.6.3 Le contrôle du juge des libertés et de la détention

L'agent responsable du registre tient un **tableau informatique** recensant l'ensemble des patients admis sous contrainte avec, au regard du nom de chacun, la date des certificats médicaux obligatoires, celle des décisions administratives et de leur notification et la date à laquelle le JLD doit être saisi, la date de la décision du JLD, celle de sa notification et, plus largement, l'ensemble des événements concernant le patient, jusqu'à sa sortie. Le cas échéant, les coordonnées du tiers, du tuteur ou du curateur, et des représentants légaux, sont indiqués. Un code d'accès est nécessaire. Seules les deux secrétaires de direction peuvent modifier le tableau ; les secrétaires médicales des unités ont un accès réduit à la seule lecture mais sont ainsi alertées quotidiennement sur la nécessité d'établir tel certificat ou avis – et notamment l'avis motivé du sixième jour – puis d'organiser le transport devant le JLD.

L'information du patient quant à l'intervention de plein droit du JLD est théoriquement prévue au troisième jour, au moment de la décision de maintien (qui s'effectue sans accusé de réception), la saisine du JLD devant intervenir entre le sixième et le huitième jour⁸. Il est

⁸ Dans sa réponse au rapport de constat, le directeur indique que le patient est informé de la possibilité de saisir le JLD dès la notification de la décision d'admission, ce qui est exact. Cependant, l'information dont

également prévu d'informer le curateur ou le tuteur, le tiers demandeur à l'hospitalisation et, pour les mineurs, les parents.

Dans l'unité A2, qui accueille le plus de patients en soins contraints, c'est le médecin qui explique au patient le rôle du juge : « on dit qu'il ne s'agit pas de les juger mais de voir si leurs droits sont respectés ; on leur dit aussi qu'ils ont droit à un avocat et qu'ils pourront dire ce qu'ils veulent au juge ». Beaucoup de patients évoqueraient alors leur crainte d'avoir un casier judiciaire.

Le protocole interne à l'IMR prévoit qu'au moment de la saisine du JLD, le patient est invité à faire valoir son choix quant à l'assistance d'un avocat. Bien que la loi du 27 septembre 2013 ait rendu cette assistance obligatoire, le formulaire communiqué aux contrôleurs laisse le choix au patient. Les dossiers examinés avaient, en revanche, pris en compte le caractère obligatoire, expressément mentionné (« à ce titre, vous serez obligatoirement assisté d'un avocat »). Le formulaire indique « la prise en charge financière de vos frais d'avocat par l'aide juridictionnelle est soumise à conditions de ressources. Votre avocat pourra vous informer de ses honoraires ». Il invite en outre le patient capable d'être entendu à préciser s'il souhaite, ou non, se rendre à l'audience. En cas de modification de l'état du patient, un nouveau certificat dit « de situation » est adressé au JLD avant l'audience.

Il semble qu'en pratique, le patient soit plus couramment informé de l'intervention de plein droit du JLD au sixième jour, au moment de la rédaction de l'avis prévu par la loi⁹.

A cette date en effet, les médecins sont invités à rédiger un **avis quant aux capacités d'audition du patient et à son transport**. La direction recommande, si l'avis est négatif, de s'adresser à un psychiatre certificateur extérieur au pôle où est pris en charge le patient, et, à défaut, à un psychiatre certificateur extérieur à l'unité de soins.

Le contenu des certificats médicaux a fait l'objet de discussions entre les magistrats et les médecins. La trame informatique prévoit toutes les hypothèses, y compris l'indication d'une audition « à huis clos » ; elle intègre également des mentions types relatives aux possibles conséquences, sur l'état du patient, des conditions de transport et d'attente.

Ainsi qu'il sera précisé plus loin, une très grande majorité de patients est déclarée apte à être entendu par le juge.

La requête est préparée par le secrétariat de direction et signée du directeur pour les patients admis à la demande d'un tiers ou de péril imminent. L'ensemble est adressé à l'ARS pour les patients admis en SPDRE et directement au JLD pour les autres. La requête fait état des spécificités : coordonnées du tuteur ou du curateur en cas de mesure de protection juridique, nécessité d'un traducteur si le patient maîtrise mal la langue française. Le JLD est informé de la désignation d'une personne de confiance. L'ensemble des pièces exigées par la loi lui est adressé.

La convocation du JLD est adressée au secrétariat de direction, qui la transmet au

il est ici question concerne non pas la saisine « à tout moment » prévue par l'article L3211-12-I mais le contrôle de plein droit prévu par l'article L3211-12-1 -I.1°.

⁹ Cf. note précédente.

secrétariat de l'unité ; elle est généralement remise au patient par le médecin, qui réexplique la procédure et le rôle du juge. Selon les renseignements recueillis, la plupart des patients manifeste au minimum une incompréhension, et, très souvent, une forte angoisse à l'évocation de l'audience.

La convocation du JLD rappelle que l'assistance ou la représentation sont obligatoires, précisant que l'avocat peut être choisi ou commis d'office et que, dans ce cas, il peut être aux frais du patient, sauf à bénéficier de l'aide juridictionnelle. Mention est faite des modalités de saisine du bureau d'aide juridictionnelle.

Aux termes d'une **convention en date du 8 juin 2014**, conclue entre le président et le procureur de la République du TGI de Versailles et le directeur général de l'ARS d'Ile-de-France et à laquelle le barreau de Versailles indique avoir été associé, deux salles d'audience ont été aménagées, l'une au CH de Charcot, à Plaisir et l'autre au centre hospitalier intercommunal de Poissy-Saint-Germain (CHIPS), situé à Saint-Germain-en-Laye. Toutes deux sont opérationnelles depuis novembre 2014. Jusqu'à cette date, tous les patients des Yvelines étaient reçus au TGI de Versailles ; depuis, ils sont convoqués à l'hôpital Charcot, dans une salle d'audience qui, selon les renseignements recueillis, présente toutes les caractéristiques d'une salle d'audience traditionnelle : solennité, estrade, barre, et espace suffisant pour recevoir du public.

Le médecin responsable du pôle doute du bénéfice tiré d'une audience à l'hôpital plutôt qu'au tribunal, estimant que si ce dernier lieu est générateur d'angoisse chez les patients, il introduit la question de la loi et situe plus clairement les rôles. Les soignants, pour leur part, estiment que l'angoisse tient à la rencontre avec le juge.

Le transport est organisé par le secrétariat médical de chaque unité, sur la base des indications transmises par le médecin. Il est fait appel soit au chauffeur de l'IMR qui utilise un véhicule banalisé, soit, pour les SDRE notamment, à une société extérieure intervenant avec une ambulance sécurisée. S'il y a risque de fugue, un agent de sécurité de l'IMR suit, dans un véhicule ordinaire. Il n'a jamais été fait appel à des escortes policières. Le patient est toujours accompagné par un ou deux soignants de l'unité, qui le connaissent bien. Les deux établissements – l'IMR et le CH de Charcot – sont situés à 12km de distance ; le transport nécessite une demi-heure environ.

L'avocat, qu'il ait été choisi ou intervienne d'office, est avisé la veille ou l'avant-veille de l'audience et consulte le dossier au greffe. Les locaux judiciaires de l'hôpital Charcot sont dotés d'une salle lui permettant de s'entretenir confidentiellement avec son client ; selon les informations recueillies à l'IMR, cet entretien aurait plus souvent lieu dans le couloir.

A l'IMR, il est vivement regretté que cet entretien n'ait pas lieu plus tôt et dans les locaux de l'institut ; il est estimé que l'avocat ne tient compte ni de l'intérêt ni de la volonté du patient ; enfin l'absence de discussion sur les honoraires, et leur montant – jusqu'à 900 euros, a-t-il été indiqué à l'IMR – sont vivement critiqués. Ces divers points ont fait l'objet d'un échange épistolaire entre la direction de l'hôpital et le bâtonnier du barreau de Versailles sans qu'aucune réponse satisfaisante n'ait été apportée. Des médecins ont précisé aux contrôleurs que des montants supérieurs à 500 euros auraient à plusieurs reprises été réclamés à des patients bénéficiant de l'aide juridictionnelle.

Les contrôleurs ont pris contact avec le barreau et plus particulièrement avec l'avocat

présidant la commission des hospitalisations sous contrainte. Selon les renseignements recueillis, la défense des patients est assurée par un groupe de vingt-cinq avocats volontaires intervenant soit dans le cadre d'une permanence, soit au titre d'avocat choisi. Tous reçoivent une formation spécifique faisant intervenir juristes et psychiatres ; une formation continue est également proposée ; le groupe organise par ailleurs des rencontres régulières au cours desquelles sont abordées des questions juridiques aussi bien qu'éthiques. Le groupe assure, par le moyen de permanences, environ 1 000 interventions annuelles devant un JLD et la cour d'appel, permettant d'acquérir une réelle expérience de la matière.

Informé des diverses difficultés plus haut mentionnées, le président de la commission met en avant les contraintes matérielles et financières pour expliquer l'impossibilité, pour les avocats, de se rendre à l'hôpital (information tardive de la date d'audience, pluralité et dispersion des lieux d'hospitalisation, hauteur de la rémunération au titre de la commission d'office – 90 euros). Il est précisé que le principe est de tenter d'avoir un contact téléphonique dès réception de la désignation, ce que la majorité parviendrait effectivement à concrétiser en appelant au sein de l'unité.

Le président de la commission indique qu'un quart des patients du département fait le choix d'un avocat. Les délais d'audiencement empêchent la signature d'une convention d'honoraires, lesquels seraient évoqués oralement, lors de la rencontre qui précède immédiatement l'audience. L'interlocuteur des contrôleurs estime que la plupart des personnes est en mesure d'entretenir une conversation rationnelle et de donner un accord éclairé sur ce point ; il indique aussi que la majorité des patients dispose d'une protection juridique dans le cadre de l'assurance multirisques habitation. Il est par ailleurs estimé que les avocats intervenant au titre de la commission d'office ont la possibilité, dès lors que l'aide juridictionnelle est partielle, de solliciter auprès de leur client un complément d'honoraires quand bien même l'assistance ou la représentation revêt un caractère obligatoire. Enfin, au soupçon de pression dont fait état l'hôpital, qui reproche aux avocats d'influencer les patients pour qu'ils relèvent appel des décisions de maintien, répond le soupçon du barreau qui craint l'influence des soignants sur les patients en vue de leur désistement d'appel.

L'audience est généralement tenue publiquement mais, en pratique, le public est le plus souvent absent.

Le parquet n'est pas présent en première instance et l'est parfois en appel. L'hôpital est représenté par le directeur médical, qui se déplace essentiellement en appel.

Plusieurs médecins et cadres de santé ont tenu à accompagner les patients à l'audience, lors de la mise en place de la convention. Selon eux, elle se tient rapidement et ne facilite pas l'expression du patient. Le passage à la barre provoquerait, chez certains, un sentiment de culpabilité, aggravé par certains propos moralisateurs ou déplacés (« et en plus, vous êtes fils de gardien de prison », « vous n'avez pas honte ? »). Les modalités de déroulement de l'audience demeurent opaques aux soignants : l'hôpital qu'ils estiment posé en ennemi par l'avocat, l'impossibilité de répondre aux arguments de ce dernier lorsqu'il met en cause les soignants, la difficulté pour le patient de faire valoir un point de vue personnel. Plusieurs soignants ont également fait part aux contrôleurs de leur malaise face aux questions du juge qui, s'ils acceptaient d'y répondre, les conduiraient à rompre le secret médical et mettre en péril la relation thérapeutique.

La décision du JLD n'est pas énoncée à l'audience ; tout au plus est-elle parfois

suggérée. Elle est adressée au secrétariat de direction le jour de l'audience ; le protocole prévoit qu'elle soit notifiée par les soignants. Selon les renseignements recueillis, elle l'est par la secrétaire médicale de l'unité ou/et par un soignant ; la notification s'accompagne d'une remise de copie au patient. Il semble que la décision soit énoncée dans son principe, le patient étant renvoyé vers le médecin pour les questions touchant au motif du maintien.

Le cas a été cité d'un patient paranoïaque qui ne lisait ni ne comprenait le français ; faute de traduction officielle et compte tenu de la pathologie du patient, l'équipe a sollicité un soignant exerçant en dehors du service pour opérer une traduction aussi fidèle que possible dans des conditions particulièrement délicates compte tenu de sa pathologie.

Les décisions consultées par les contrôleurs sont motivées au visa des certificats médicaux et d'une atteinte aux libertés proportionnée à l'état du patient, dont il est généralement précisé qu'il nécessite des soins constants alors qu'il est dans l'impossibilité de consentir.

La décision du JLD est accompagnée d'une page d'information sur l'ensemble des voies de recours ainsi que d'un imprimé de notification, à retourner au greffe.

En 2014, 128 patients ont fait l'objet d'un contrôle par le JLD ; 111 étaient présents à l'audience ; treize personnes ont fait l'objet d'un certificat médical de non audition et une autre d'un avis négatif tenant au transport ; trois patients ont refusé de se rendre à l'audience alors que le médecin n'avait pas émis d'objection.

Sept mainlevées ont été ordonnées – quatre par le JLD et trois par la cour d'appel – pour des motifs divers (tuteur non avisé de la décision d'admission, preuve non rapportée de la notification d'admission et du recueil des observations du patient). L'une de ces décisions fait état de dates et contenu de certificats médicaux faisant craindre que l'un d'eux ait été rédigé sans voir le patient¹⁰. On retiendra également une décision de la cour d'appel de Versailles en date du 1^{er} décembre 2014 qui déclare recevable l'appel interjeté par un avocat malgré le désistement adressé à la cour par son client, au motif « qu'il s'induit des termes des articles L3211-12-2 et L3211-12-4 que l'avocat est mandaté tant par son client que par la loi pour défendre les droits et libertés du patient ».

Au cours du premier quadrimestre 2015 deux mainlevées ont été ordonnées par la cour d'appel, au motif, pour l'un (SPDTU), que le certificat médical ne caractérisait pas suffisamment le risque grave d'atteinte à l'intégrité du malade et, pour l'autre (SPPI), que ni la pathologie ni la notion de péril imminent n'étaient démontrés.

Malgré plusieurs tentatives effectuées par messagerie électronique et téléphone, les contrôleurs n'ont pas pu s'entretenir avec un JLD.

L'intervention du JLD est acceptée dans son principe, comme le montre le faible nombre de certificats médicaux d'incompatibilité avec le transport ou l'audition ; il demeure cependant une forme d'incompréhension, de la part des soignants, quant au déroulement de l'audience, ainsi qu'une forme de suspicion réciproque entre personnel hospitalier et avocats. Une rencontre entre les divers partenaires serait de nature à apaiser la situation.

¹⁰ Cf. l'exception de nullité visée par l'ordonnance du 12 septembre 2014.

3.6.4 Le passage en programme de soins

Le protocole établi par l'IMR intègre la question du passage en programme de soins à compter de la fin de la période d'observation ; les trames des certificats médicaux invitent, le cas échéant, à développer les motifs d'une telle indication et à en définir précisément les modalités. La décision du directeur indique explicitement que cette mesure ne peut s'accompagner d'aucune contrainte sauf à la transformer en hospitalisation complète ; elle fait état de la possibilité de modification (levée ou hospitalisation à temps complet) sur proposition d'un psychiatre ; au titre des droits, elle indique la possibilité d'adresser des réclamations à la CDSP, avec mention d'adresse.

En pratique, le passage en programme de soins concerne des patients stabilisés dont la situation demeure fragile.

La mise en place diffère selon les unités :

- pour les patients des unités C1 (psychiatrie de la personne âgée), A1 (post urgence adultes) et B1 (addictologie), le recueil de l'adhésion est privilégié et les soins libres, qu'ils s'exercent à l'hôpital ou dans le cadre de structures extrahospitalières, succèdent fréquemment à une période de soins contraints ;
- pour les patients de l'unité A2 (psychiatrie de secteur) et notamment pour les patients admis en SDRE, la sortie s'effectue souvent sous forme d'un suivi ambulatoire dans le cadre d'un programme de soins ; le contenu est élaboré en équipe ; le patient y est associé, de même que, dans la mesure du possible, son entourage ; le patient est précisément informé des exigences inhérentes à ce programme (consultation, activités dans le cadre d'une hospitalisation de jour...), du suivi dont il fera l'objet (certificat mensuel) et des conséquences en cas de rupture (réintégration) ;
- pour les mineurs et les jeunes adultes (C2, B3 et C3), le programme de soins sert de support à une sortie progressive du service, s'agissant de personnes dont la pathologie et/ou la jeunesse font souvent obstacle à un suivi ambulatoire totalement dénué de contrainte ; il se traduit d'abord par des permissions régulières de plus en plus longues avant de se poursuivre totalement en ambulatoire ; en 2014, quatre jeunes ont été concernés à l'unité C2.

En 2014, 42 patients (sur 155) ont intégré un programme de soins (22 étaient initialement en SDTU, 10 en SDRE, 8 en SDT et 2 en SPI).

Il est indiqué que le préfet a répondu favorablement à toutes les propositions, à l'exception d'un cas, concernant un jeune dont il était envisagé qu'il quitte un temps le département (ce qui faisait craindre une absence de suivi durant cette période).

A quatre reprises, durant la même période, le JLD a ordonné une mainlevée de la mesure avec un délai afin de permettre la mise en place d'un programme de soins ; celui-ci s'est concrétisé deux fois, les deux autres cas n'ayant pas recueilli l'accord du patient ou ne correspondant pas, selon l'hôpital, à une situation autorisant un suivi dans ce cadre.

3.7 Les sorties

Les sorties sont présentées comme un épisode inhérent au parcours de soins ; elles

permettent d'inscrire le patient dans un projet qui, à terme, le rendra à son environnement dans les meilleures conditions : « on raisonne d'abord en fonction de l'état du patient avant de penser statut ».

Dès lors que leur état le permet, les patients en soins contraints sont autorisés à se rendre dans le parc, seuls ou accompagnés ; ils fréquentent de la même manière le restaurant et le centre social de l'établissement. Outre l'accord – général – du médecin, chaque sortie du pavillon doit être précédée de l'information d'un soignant ; cet avis est matérialisé par une signature du patient et du soignant sur un cahier entreposé en salle de soins ou à l'entrée des unités.

La première sortie hors l'enceinte de l'IMR fait l'objet d'une évaluation particulière, en lien avec la famille et, le cas échéant, avec le tiers à l'origine de l'hospitalisation ; elle est toujours inférieure à douze heures. Le projet précis est présenté au préfet qui « si on est dans les délais, accorde ». Elles ont lieu avec l'accompagnement de soignants et de manière progressive : courses à proximité de l'établissement puis sortie thérapeutique dans le cadre d'une activité plus organisée. Si la famille est considérée comme fiable, des sorties sont organisées en sa présence pour des retours à domicile, à la journée.

Le règlement intérieur, comme celui des unités, prévoit qu'un inventaire est systématiquement réalisé par un soignant au retour dans le pavillon ; il s'agit de s'assurer que les objets interdits ou dangereux ne sont pas introduits dans l'enceinte.

Chaque sortie hors de l'IMR fait l'objet d'un bilan et, si possible, des sorties non accompagnées inférieures à 48 heures sont mises en place ; en pratique, elles ne s'organisent pas différemment des sorties inférieures à douze heures dans la mesure où le patient retourne généralement auprès des siens. La famille sait pouvoir solliciter l'équipe à tout moment et, le cas échéant, pouvoir raccompagner le patient à l'IMR. Il est estimé que cette garantie rassure et permet d'éviter, en fait, les retours prématurés.

Au moment du contrôle, parmi les patients en soins contraints au pavillon A2 – qui accueille le plus de patients sous ce régime – la moitié bénéficiait régulièrement de sorties non accompagnées d'une durée supérieure à 24 heures. A l'exception d'un patient, admis en SDRE depuis quatre mois, les autres bénéficiaient de permissions de sortie accompagnées d'une durée inférieure à douze heures. Le patient restant ne pouvait compter sur l'appui de ses parents, âgés et déments ; en revanche des visites à domicile avaient été organisées avec les soignants et, par ailleurs, ce patient se rendait, accompagné, au restaurant et à la cafeteria, et allait seul dans le parc.

En 2014, 133 permissions accompagnées et 40 non accompagnées ont été mises en place au profit de patients admis en SDRE. Pour le premier trimestre 2015, les chiffres sont respectivement de 25 et 20.

Les contrôleurs ont examiné quatorze dossiers de patients hospitalisés en 2015 ; ils ont pu observer que les permissions accompagnées étaient rapidement mises en place, notamment avec la famille pour les patients admis à la demande d'un tiers. Ils ont également constaté qu'un patient admis en SDRE, depuis mars 2015 à la sortie d'une UHSA (unité hospitalière spécialement aménagée), avait bénéficié à quatre reprises entre l'admission et la visite des contrôleurs, de sorties d'une durée de deux heures à deux heures trente minutes, accompagnées par des soignants, aux fins d'activité sportive adaptée et de trois sorties non

accompagnées pour se rendre dans sa famille. Un autre patient hospitalisé sous le même statut le 19 mars 2015 a bénéficié, le 26 mars, d'une sortie accompagnée d'un soignant et d'une assistante sociale pour se rendre au domicile de ses parents.

Au total, parmi quatorze patients en soins contraints présents au 31 mars 2015, huit bénéficiaient de sorties dans le parc, sept de sorties accompagnées et cinq de sorties non accompagnées. Parmi ces patients, cinq étaient présents depuis moins d'un mois et six depuis une période variant d'un à trois mois. Les trois patients présents depuis plus de trois mois bénéficiaient tous de sortie, y compris non accompagnées. Parmi les six patients ne bénéficiant d'aucune sortie, quatre étaient présents depuis moins d'un mois (une depuis le jour même), et deux depuis une période variant d'un à trois mois.

Les sorties font l'objet d'une traçabilité dossier par dossier, incluant l'avis motivé du médecin, le motif et les conditions de la sortie (qualité des accompagnants, durée).

Le préfet n'a opposé aucun refus.

Il est remarquable de constater que l'état du patient prime son statut et que, très vite, des sorties sont progressivement organisées en faveur des patients admis sans leur consentement.

3.8 Le rôle des autorités

Les visites des autorités sont exceptionnelles, qu'il s'agisse des parlementaires, du préfet, du procureur de la République, du président du TGI ou du maire.

Un magistrat du parquet s'est annoncé quelques jours après la visite des contrôleurs ; selon les renseignements recueillis à l'IMR, la dernière visite datait de plus de cinq ans.

Le président du TGI de Versailles, avec qui les contrôleurs se sont entretenus, ne se déplace pas dans les hôpitaux psychiatriques, estimant que l'intervention du JLD et les visites de la CDSP, qui compte un magistrat parmi ses membres, offrent des garanties suffisantes aux patients.

Selon l'enquête interne réalisée en juillet 2014, 67 % des soignants ayant répondu admet ne pas informer le patient de son droit de saisir les autorités.

Dans sa réponse au rapport de constat, le directeur indique que des formations sur le droit des patients sont régulièrement organisées depuis 2011, et vont se poursuivre.

3.9 La commission départementale des soins psychiatriques

Le président de la CDSP des Yvelines est un médecin de l'IMR ; il n'intervient pas dans l'établissement au titre de la CDSP.

Cette instance effectue, en moyenne, une visite par an. Les petits établissements sont visités par deux membres de la commission et les plus importants, dont fait partie l'IMR, par cinq ou six de ses membres. Le dernier passage à l'IMR se situe en novembre 2013 ; le précédent avait eu lieu en décembre 2012. La commission n'a pas visité l'IMR en 2014.

Le CDSP fonctionne selon un protocole établi : la visite est annoncée ; il est demandé à l'établissement d'en avertir les patients et de fournir les données chiffrées relatives au nombre de patients admis sans leur consentement. Les membres de la commission se rendent dans tous les pavillons et rencontrent, *a minima*, les patients qui ont sollicité un entretien, dont la liste leur a été préalablement remise par le cadre de santé. Il est indiqué que les demandes d'entretien sont « nombreuses » et concernent le plus souvent des demandes de sortie ou « des récriminations ». Le registre de la loi est visé à l'occasion de la visite.

La commission, ou une partie de ses membres, se réunit par ailleurs une fois tous les deux mois en moyenne, au siège de l'ARS, pour examiner les documents dont la loi les rend destinataires.

Le rapport établi pour l'année 2013 indique que quarante et un dossiers ont été examinés et évoque quelques situations de notification tardive ou d'absence de notification des droits, sans indication de l'établissement concerné. Pour l'ensemble du département, le président de la CDSP dit avoir été conduit à contacter le médecin traitant pour mieux appréhender la situation d'un patient, sans que des atteintes aux droits fondamentaux aient été en cause.

Selon l'enquête interne réalisée en juillet 2014, la moitié des soignants environ dit ne pas connaître le rôle de cette instance et admet ne pas informer le patient de son droit de la saisir.

Ainsi qu'il a déjà été mentionné (Cf. § 3.3), il convient de favoriser l'information tant des patients que des personnels quant au rôle des diverses autorités et institutions susceptibles d'intervenir en faveur des patients.

3.10 Le registre de la loi et son contrôle par les autorités

Le registre de la loi est tenu par une secrétaire de direction par ailleurs en charge des formalités d'admission des personnes hospitalisées sous contrainte ; une autre secrétaire de direction, nommément désignée, la remplace en cas d'absence. Seules ces deux personnes sont habilitées à renseigner le registre.

Ainsi qu'il a été évoqué plus haut, la secrétaire de direction photocopie l'ensemble des certificats médicaux, décisions administratives et judiciaires, formulaires de notification. Les décisions administratives concernent non seulement l'admission et les renouvellements, la forme de la prise en charge, mais également les sorties. S'agissant des décisions judiciaires, il est tiré photocopie non de la décision elle-même mais de la lettre du juge accompagnant l'envoi de la décision aux fins de notification et qui en mentionne la date et le contenu.

Les contrôleurs ont examiné le registre en cours, ouvert depuis le 30 septembre 2014, et constaté qu'il était tenu de manière régulière, et scrupuleuse quant au contenu.

Les décisions administratives sont motivées par référence au contenu des certificats médicaux ; ceux-ci sont, pour la plupart, dactylographiés et horodatés, et particulièrement détaillés.

4- LES DROITS DES PATIENTS HOSPITALISÉS

Selon l'enquête interne réalisée en juillet 2014, les personnels soignants se sentent concernés par les droits des patients mais en ignorent l'étendue. Par ailleurs, faute de protocole définissant clairement les personnes en charge de l'information, il est apparu que cette information n'était pas toujours diffusée aux patients.

Dans sa réponse au rapport de constat, le directeur indique que le protocole relatif aux soins sous contrainte, qui a défini la liste des professionnels en charge de l'information des patients, a été élaboré en février 2015, postérieurement à l'enquête. Les contrôleurs maintiennent que la procédure en place au moment du contrôle, quoique révélatrice d'un intérêt réel pour les droits des patients, n'avait pas comblé, chez tous les soignants ni chez les personnels en charge de diffuser l'information, un certain déficit de connaissance des droits des patients.

4.1 La protection juridique des majeurs

Parmi les 160 patients hospitalisés au premier jour de la visite, 27 bénéficiaient d'une mesure de protection juridique ; un autre était placé sous sauvegarde de justice. Ces mesures se répartissaient comme suit :

- tutelle : six, dont deux jeunes adultes (B3) et deux personnes âgées (D3) ;
- curatelle : vingt et une, dont quatre jeunes adultes (B3) et sept personnes âgées (B3).

Selon les renseignements recueillis, l'assistante sociale se charge d'entrer en contact avec les tuteurs et curateurs et, le cas échéant, d'initier une mesure de protection.

Il est indiqué que les mandataires se rendent disponibles par téléphone et, le cas échéant, se déplacent pour des synthèses organisant une sortie ; aucun ne rend visite aux majeurs protégés.

4.2 La désignation d'une personne de confiance

La désignation de la personne de confiance par les patients hospitalisés fait l'objet d'une information figurant dans le livret d'accueil. Un protocole de 2005 destiné au personnel décrit la procédure applicable :

- si l'entrée s'effectue de jour, le formulaire est remis par le bureau des admissions qui le commente aux entrants ; ces derniers sont informés de la possibilité de changer la personne de confiance désignée ; le formulaire rempli et signé doit être remis sous huit jours à la secrétaire médicale de l'unité d'hospitalisation ; si tel n'est pas le cas, il incombe aux secrétaires médicales de le récupérer ;
- en cas d'hospitalisation de nuit ou lorsque l'état du patient ne permet pas le passage par le bureau des admissions, il appartient à la secrétaire médicale de l'unité d'informer le patient, de lui remettre le formulaire concerné et de le récupérer ;

- l'information sur l'identité de la personne de confiance est toujours portée dans le dossier informatisé de chaque patient (application OSIRIS déployée à partir de 2013) de même qu'éventuellement, au cours du séjour, le recours effectif à la personne désignée ;
- le formulaire signé est classé dans le dossier papier du patient.

Dans sa réponse au rapport de constat, le directeur indique que les patients en soins contraints sont accueillis directement dans l'unité, où l'information relative à la personne de confiance leur est donnée par les soignants et le médecin, le recueil de la désignation étant effectué par la secrétaire médicale.

Les informations des dossiers patients sur la personne de confiance ne sont pas pour l'instant exploitées globalement, le logiciel OSIRIS n'étant pas encore paramétré pour une telle requête ; seules les enquêtes réalisées renseignent sur sa désignation effective.

Selon l'enquête interne mentionnée plus haut (Cf. *infra* § 3) et réalisée en juillet 2014, près de 90 % des soignants disent informer les patients de la possibilité de désigner une personne de confiance ; l'analyse de l'enquêteur évoque cependant un écart entre l'information affichée par les professionnels et le vécu des patients.

Le questionnaire de satisfaction rempli à la sortie de l'établissement par les patients – dont le taux de réponse s'avère très faible (Cf. § 4.6) – comporte un item sur la désignation de la personne de confiance. Les résultats sur trois ans témoignent d'une assez grande stabilité des désignations qui concernent de façon constante près des deux tiers des hospitalisés ayant répondu aux questionnaires.

Désignation de la personne de confiance à travers les questionnaires de satisfaction

Questionnaire de satisfaction	2012			2013			2014		
	oui	non	Ne sait pas	oui	Non	Ne sait pas	Oui	non	Ne sait pas
Avez-vous désigné une personne de confiance ?	75 %	22,2 %	2,8 %	69,8 %	NR	30,2 %	75,3 %	21 %	3,7 %

Source : mission à partir des résultats des questionnaires de satisfaction de l'établissement

Les résultats des questionnaires ont été comparés en 2012 avec ceux d'une enquête un jour donné sur l'ensemble des patients sortants (la même enquête annoncée pour 2014 a été repoussée en 2015) : le pourcentage de patients ayant désigné une personne de confiance est inférieur à celui issu du questionnaire (62,6 % contre 75 %) et celui des patients qui « ne savent pas » largement supérieur (10,10 % contre 2,8 %).

Un sondage effectué à la demande des contrôleurs sur les dossiers des patients entrés dans l'unité A1 depuis le 1^{er} janvier 2014 et jusqu'au 4 avril 2015 fournit les renseignements suivants : sur 202 patients admis sur la période (un même patient peut être admis plusieurs fois), 163 ont désigné une personne de confiance dont les coordonnées ont été recueillies, soit 80,6 % de l'ensemble « patients », 5 ont refusé cette désignation, le recueil n'a pu être effectué auprès de 34 patients soit 16,8 %.

Le comité d'éthique envisage en 2015 d'effectuer une enquête sur la problématique de la personne de confiance, souvent confondue avec la personne à prévenir.

4.3 L'accès au dossier médical

La question de la communication du dossier médical est évoquée dans le livret d'accueil. Selon les propos recueillis, le bureau des admissions et/ou les secrétaires médicales des unités ou encore les professionnels de santé seraient chargés d'une information en face-à-face.

Une procédure, établie en 2010 et disponible sur l'intranet de l'institut (KALIWEB), précise les personnes habilitées à demander la communication du dossier médical, avec consentement ou sans consentement du patient, le circuit des demandes centralisées par la direction et les obligations réglementaires (contenu diffusable, délai de réponse).

Le directeur de l'établissement accuse réception de la demande, effectuée sans formalités sur papier libre, par une lettre normalisée, précisant au demandeur les pièces à fournir, transmettant le formulaire à remplir en retour et informant des coûts de transmission lorsqu'il s'agit d'un envoi papier (frais d'envoi et de photocopie – 0,18 euro la photocopie à la charge du demandeur).

La consultation du dossier peut aussi s'effectuer sur place et en présence d'un médecin, une concertation préalable entre le médecin chef de l'établissement et le médecin traitant déterminant le médecin qui recevra le patient.

Le bilan des demandes de communication des dossiers médicaux est transmis chaque année à la Commission des relations avec les usagers et de la qualité de la prise en charge – CRUQPC- (Cf. *infra*).

Les demandes d'accès aux dossiers médicaux IMR

Années	Nombre dossiers transmis	En cours	Délais transmission en jours	
			Dossiers moins 5 ans	Dossiers plus de 5 ans
2012	28	/	23	53
2013	15	3	13	13
2014	28	2	4,6	23,9

Source : rapport d'activité de la CRUC

Les délais réglementaires de transmission aux demandeurs (8 jours pour les informations inférieures à 5 ans, 2 mois pour les plus de 5 ans) sont respectés dans leur totalité depuis 2014.

Selon les informations recueillies, aucun refus de communication n'ayant été opposé par l'établissement les trois dernières années, le médiateur de la commission des relations avec les usagers et de la qualité de la prise en charge (CRUQPC) n'a jamais été saisi.

Les patients semblent cependant largement ignorer cette possibilité à travers les réponses qu'ils font au questionnaire de satisfaction.

La connaissance de la possibilité d'accéder au dossier médical à travers les questionnaires de satisfaction

Questionnaire de satisfaction	2012		2013		2014	
	Oui	Non	Oui	Non	oui	Non
Connaissez-vous la possibilité d'accéder à votre dossier ?	34,5 %	65,5 %	40,5 %	59,5 %	11,5 %	88,5 %

Source : mission à partir des résultats des questionnaires de satisfaction de l'établissement

Outre cette procédure particulière, un protocole standardisé décline l'obligation du médecin et des autres professionnels intervenant auprès des patients de les informer sur les soins prodigués. Il est rappelé que cette information, compréhensible et adaptée aux patients, est une condition du consentement recherché aux soins, que la preuve doit figurer au dossier des patients et que toute information doit s'effectuer lors d'un entretien individuel. Cette obligation d'information s'étend aux patients hospitalisés sous contrainte, aux tuteurs ainsi qu'à la famille des mineurs (sauf refus de ceux-ci).

Selon l'enquête interne réalisée en juillet 2014, plus de 80 % des soignants disent informer les patients de la possibilité d'accéder à leur dossier médical.

4.4 L'accès à l'exercice d'un culte

Le règlement intérieur précise que la pratique religieuse est autorisée dès lors qu'elle respecte la vie communautaire, les autres patients et les impératifs de soins ainsi qu'une certaine discrétion.

Les coordonnées des ministres des cultes catholiques, protestants, israélites, musulmans figurent sur les panneaux d'affichage des différentes unités.

Les personnes qui ne mangent pas de porc peuvent commander un autre menu. Les « interdits » alimentaires des personnes hospitalisées figurent dans leur dossier et sont affichées dans les locaux infirmiers de chaque unité.

4.5 Le droit de vote

Lorsque des élections doivent intervenir, des affichettes sont distribuées trois semaines environ avant l'élection dans les unités de soins pour inviter les patients qui le désirent à voter par procuration, la personne désignée devant résider dans la même commune que le demandeur.

Les imprimés complétés et signés sont remis à un fonctionnaire du commissariat d'Elancourt qui se rend sur place et vérifie les cartes d'identité des personnes donnant procuration.

Des permissions de sortie peuvent être accordées aux personnes admises sur demande d'un tiers, si les demandes sont présentées trois jours avant le vote. Cette autorisation de sortie doit être accordée par le préfet pour les personnes hospitalisées sur décision du représentant de l'Etat et donc très anticipées.

Selon les informations recueillies, aucun patient n'a demandé à voter par procuration lors des récentes élections départementales.

4.6 La communication avec l'extérieur

L'ensemble des droits des usagers et des contraintes posées à la vie quotidienne des patients hospitalisés est décrit par le règlement intérieur de l'Institut adopté en 2014, décliné à grands traits dans le livret d'accueil et adapté dans les unités de soins en fonction des spécificités des pathologies prises en charge.

Selon les résultats d'une enquête sur la bienveillance, produite en 2013-2014 à l'initiative du comité d'éthique, un tiers des 152 malades interrogés indiquait n'avoir pas pris connaissance des règles de vie pratiques dans l'établissement.

Outre ces règles générales, des contraintes spécifiques (cigarettes, nature et horaires des visites, permissions de sortie, téléphone, lieux de déplacement à l'intérieur de l'établissement, lieu de repas) peuvent être établies pour chacun des malades par le médecin traitant ; l'accord du patient est recherché. Ces limitations ponctuelles qui font partie du contrat de soins doivent figurer obligatoirement et de manière standardisée dans les dossiers informatisés des patients. La fréquence et l'importance de ces limitations ne sont pas connues globalement en raison de l'absence, pour l'instant, de la possibilité d'exploiter à des fins statistiques les données individuelles de chaque dossier patient.

4.6.1 Les visites

Sur la base du nouveau règlement intérieur, les visites aux patients hospitalisés ont lieu le week-end, et exceptionnellement en semaine, de 13h30 à 18h30 et en dehors de la chambre du patient. Les exceptions sont accordées par le médecin et l'équipe soignante. Le règlement intérieur de chacune des unités reproduit cette disposition du règlement intérieur « socle ».

La CRUQPC a été saisie du projet de règlement intérieur-socle en septembre 2014 mais le compte rendu de la réunion ne fait pas état des débats sur ce point.

L'UNAFAM rencontrée par la mission affirme regretter l'interdiction de principe des visites durant la semaine qui, au demeurant, peut être aisément contournée pour les patients en soins libres autorisés à sortir de leur unité d'hospitalisation, par des rencontres dans le parc ouvert.

La direction et les équipes soignantes justifient cette nouvelle règle par la nécessité pour le patient de se concentrer sur les soins, et par celle, pour les équipes soignantes, de se dédier aux programmes thérapeutiques des personnes hospitalisées, et/ou par les perturbations susceptibles d'être entraînées par certains liens familiaux pour des personnes fragiles. Des dérogations peuvent, par ailleurs, être accordées.

Au-delà, en fonction de leur état, les patients peuvent se voir interdire par leur médecin traitant toutes les visites pendant un temps déterminé, celles de certaines personnes (père, mère, etc..) ou enfin connaître une limitation de la durée des visites.

S'agissant des sorties (ainsi qu'il a été dit plus haut, § 3.7), selon le statut des unités de soins – ouvertes, à l'exception de l'unité accueillant des mineurs – selon le statut des patients et en fonction de leur état, elles peuvent être autorisées par le médecin, en dehors du pavillon d'hospitalisation, dans le parc, à la cafeteria ou à la bibliothèque, voire au-delà. Le régime de sortie des patients ainsi que les restrictions à sa liberté d'aller et venir sont précisées dans son dossier médical.

4.6.2 Le courrier

Le courrier peut être adressé directement aux patients dans chaque unité de soins où il est distribué de 11h à 12h.

Les patients peuvent remettre à l'équipe soignante le courrier qu'ils destinent à l'extérieur ou le poster directement dans une boîte aux lettres située dans le parc de l'établissement.

4.6.3 Le téléphone, l'informatique et l'accès à Internet

Sauf restrictions médicales, les téléphones portables peuvent être conservés et utilisés dans les unités d'hospitalisation pour adultes et dans l'unité B3 pour adolescents, la recommandation étant de mettre les appareils en mode vibreur. Dans l'unité C2 pour adolescents, ils sont interdits ; dans l'unité C3, leur usage libre est limité deux jours par semaine de 16h30 à 18h30. Il en est de même des ordinateurs.

A l'exception de l'unité A2, toutes les unités disposent d'une cabine téléphonique en utilisation libre ou de manière planifiée avec l'équipe soignante. Un accès internet est disponible dans la bibliothèque depuis 2014 à raison de 30 minutes par jour et sur rendez-vous.

La procédure relative aux conditions du retrait du téléphone portable, des ordinateurs et des objets personnels devrait être revue en 2015.

4.7 La commission des relations avec les usagers et de la qualité de la prise en charge

Depuis 2011, date de la fusion de l'institut Marcel Rivière et du centre gériatrique Denis Forestier, la CRUQPC est commune aux deux établissements. Les associations d'usagers qui y siègent reflètent donc à la fois les préoccupations des patients et de leurs familles en psychiatrie (union nationale des amis et des familles de personnes malades ou handicapées

psychiques – UNAFAM- et FNASPY – et celles des personnes âgées, plus spécifiquement des personnes âgées malades (association Parkinson, France-Alzheimer, Ligue contre le cancer). Le règlement intérieur de l'instance adopté en 2013 est un règlement type de la MGEN, appliqué dans les mêmes commissions de tous les établissements de la MGEN.

La CRUQPC se réunit quatre fois par an en présence effective de ses membres représentant les usagers à l'exception du représentant de la FNASPY (aucune représentation de 2012 à 2014).

Informée des grandes orientations de l'établissement (projet médical, reconstruction, mise en place de la gestion informatisée du dossier patient), elle l'est aussi des évolutions de la législation en matière de soins psychiatriques (point sur la loi du 5 juillet 2011 et du 27 septembre 2013, de la parution du rapport du CGLPL en 2013).

Outre du bilan annuel des plaintes et des réclamations (Cf. *infra*), des demandes d'accès aux dossiers médicaux et de l'analyse des questionnaires de satisfaction des patients à leur sortie, la commission est informée des enquêtes concernant les patients : elle peut faire des propositions de modification des questionnaires (bientraitance 2013-2014, patients sous contrainte 2014) et est tenue au courant de leurs résultats.

Le règlement intérieur-socle de l'IMR lui a été présenté. Le rapport de l'activité de la CRUQPC fait partie de celui de l'établissement, établi annuellement.

L'existence de la CRUQPC et son rôle sont mentionnées dans le livret d'accueil ainsi que sur les panneaux d'affichage de chaque unité, très chargés par ailleurs d'autres informations, et peu lisibles : les représentants des usagers n'assurent pas de permanence dans l'établissement.

Au total, la commission semble peu connue des patients y compris en 2014 : la promotion du rôle de l'instance, qui était l'un des axes d'amélioration pour 2014, est encore envisagée pour 2015.

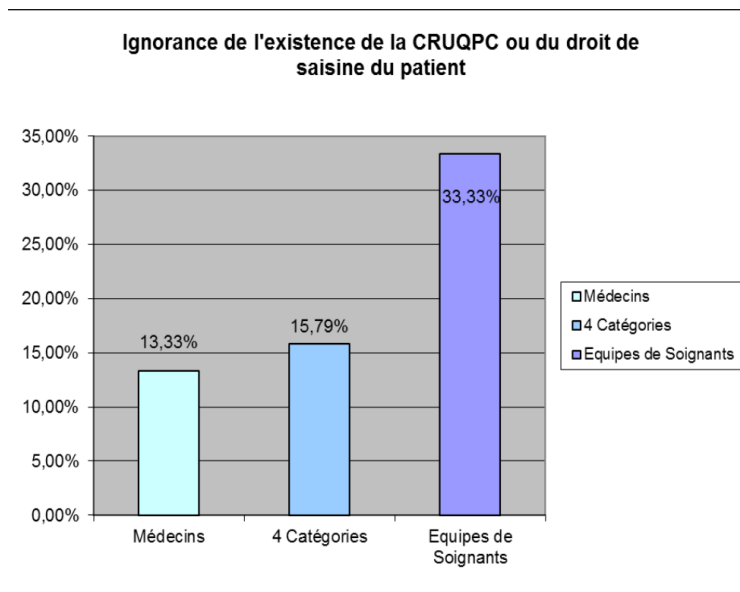
Connaissance de la CRUQPC à travers les questionnaires de satisfaction

Questionnaire de satisfaction	2012		2013		2014	
	oui	non	Oui	Non	oui	Non
Connaissez-vous l'existence de la CRUQPC ?	12,6 %	87,4 %	4,8 %	95,2 %	11,5 %	88,5 %

Source : mission à partir des résultats des questionnaires de satisfaction de l'établissement

Sur les 19 patients interrogés lors d'une enquête réalisée en 2014 (Cf. *supra*), seuls 29,4 % des patients affirment connaître la possibilité de saisir la commission.

La faible connaissance du rôle de la CRUQPC n'est pas seulement le fait des patients mais aussi, semble-t-il, celle des professionnels. L'enquête mentionnée plus haut affiche les résultats suivants pour les 90 personnels interrogés.



Source : enquête sur les patients hospitalisés sous la contrainte 2014

4.8 Les représentants des familles

Afin de formuler des recommandations destinées à améliorer l'accueil et la qualité des patients, **les représentants des usagers, essentiellement l'UNAFAM** participent, outre à la CRUQPC, au comité de lutte contre les maladies nosocomiales (CLIN), plus ponctuellement, ont été associés à la rédaction du livret d'accueil en 2012 et 2013 et le seront en 2015 à la démarche qualité mise en place pour la certification de la HAS. Ils prennent une part active chaque année à la semaine sur la santé mentale organisée dans le département.

Les comptes rendus des réunions de la commission depuis trois ans ainsi que l'entretien des contrôleurs avec la principale association des familles concernées par l'activité de psychiatrie témoignent de préoccupations constantes : tout en reconnaissant la volonté de transparence et le dévouement des équipes soignantes, la principale association de familles des malades mentaux exprime des interrogations sur **l'isolement** en chambre de sécurité psychiatrique ou en chambre fermée. La restriction aux visites en semaine posée par le nouveau règlement intérieur a, semble-il, fait l'objet d'un débat en CRUQPC que les comptes rendus ne retracent pas.

4.9 Les plaintes et réclamations

Les plaintes et réclamations des patients ou de leur famille font l'objet de plusieurs procédures de collecte. Une boîte à suggestions, transparente, située à l'entrée du bâtiment peut recueillir des réclamations. Un courrier peut être également adressé au directeur de l'établissement. La CRUQPC et son médiateur peuvent aussi être saisis directement ; ils ne l'ont jamais été dans les faits depuis trois ans, en partie sans doute en raison de la méconnaissance par les patients de l'existence et du rôle de l'instance (Cf. *supra*).

Dans les deux premiers cas, la plainte ou réclamation est envoyée en copie pour éléments de réponse au directeur médical, à la directrice des soins, au médecin responsable et au cadre supérieur de santé du pôle concerné. Un accusé de réception ainsi que les éléments de réponse qui remontent du service concerné sont ensuite adressés au plaignant par le directeur (la responsable de la gestion des plaintes et réclamations étant placée auprès du directeur).

Les plaintes et réclamations sont intégrées aujourd'hui dans le fichier informatique des évènements indésirables. Cependant le bilan des plaintes et réclamations est seul soumis annuellement à la CRUQPC qui n'a pas connaissance du bilan global des évènements indésirables.

Les bilans comparatifs des plaintes et réclamations reçus à l'IMR les trois dernières années montrent une assez grande stabilité du nombre de plaintes (moins d'une vingtaine) dont la majorité porte sur la qualité de la prise en charge et les conditions matérielles de vie (restauration, chauffage, bruit).

Analyse des plaintes et réclamations à l'IMR 2012-2014

années /nature plaintes	Total	absence de consentement	manque activités thérapeutiques	qualité prise en charge, y compris médicaments	sécurité	non information d'un patient	mise en cause d'un soignant	hotellerie (chauffage, bruit, accès internet .)	restauration	dégradation	vol	horaires unité
2012	19 + 1 incident grave	1	1	8		1	1	4 dont 3 réclamations collectives	2 (réclamation collective)		1	
2013	13 + incident grave	2		3	1			2	3 dont 1 collective		2	
2014	16			7	1			2	3 dont 2 réclamations collectives	1	1	1

Source : mission d'après les rapports d'activité de la CRUQPC

4.10 Les évènements indésirables

Les évènements indésirables sont recueillis selon une procédure formalisée, en révision au moment de la visite des contrôleurs en raison de la fusion opérée avec le recueil des plaintes (Cf. *supra*).

Une charte de non sanction pour le personnel « lanceur d'alerte » a été mise en place.

Le recueil s'effectue par une saisie informatique sur l'intranet de l'établissement (KALIWEB) à partir de chaque unité. Outre des précisions sur le lieu, la date et l'heure de l'évènement et la personne déclarante, la fiche dématérialisée de recueil (FEI) comprend onze rubriques : sécurité des personnes, des biens, droits et information des patients, ressources humaines, équipements et installations, qualité des soins, vigilances, prestations hôtelières, système d'information, plaintes et réclamations (intégration directe des plaintes par la responsable des relations avec les usagers), divers. Chaque item est détaillé en sous-catégories. Des questions permettent de qualifier l'importance de l'évènement et sa fréquence. L'évènement fait l'objet d'une description détaillée par le signalant.

Chaque fiche est adressée :

- d'une part, à la hiérarchie immédiate du signalant qui peut demander des informations complémentaires et/ou apporter une réponse immédiate (celle-ci enrichit la fiche de signalement) ;
- d'autre part, au comité de gestion des risques ; celui-ci est composé du directeur, directeur médical, directrice des soins, infirmière hygiéniste, responsables qualité et de la gestion des risques, cadres supérieurs de santé du pôle adulte et du pôle adolescent, cadres de santé des unités, directeur de la logistique ; un membre du CHSCT en fait partie ; le comité se réunit tous les quinze jours pour examiner les actions produites et celles qui restent à conduire, ainsi que les mesures préventives éventuelles ; une synthèse est effectuée tous les trois mois afin d'assurer une évaluation et un suivi des réponses apportées ; le déclarant est informé des actions entreprises par une fiche retour.

Les signalements de maltraitance suivent un circuit particulier et sont directement envoyés, sans passage par la hiérarchie immédiate, au comité de gestion des risques et au directeur, qui peut diligenter une enquête.

La majorité des 1 356 évènements indésirables déclarés en 2014 (la sous-déclaration est dans ce type d'exercice relativement importante) concerne la prise en charge des patients (60 % de l'ensemble). Dans cette rubrique, les chutes des patients représentent près des trois quarts des signalements, le circuit du médicament plus de 7 % et les fugues 3,6 %. La qualité des prestations hôtelières et logistiques fait, quant à elle, l'objet de près de 10 % des déclarations, la restauration « pesant » pour 50 % dans cet item (qualité et quantité des repas).

Analyse des faits et des évènements indésirables par nature IMR 2014

Sécurité des personnes	3,24 %
Sécurité des biens	1,84 %
RH	1,40 %
Incident relatif à une vigilance	1,10 %
Equipements, installations et locaux	7,67 %
Qualité des soins / Prise en charge	60,47 %
Prestations hôtelières et logistiques	9,51 %
Système d'information	8,19 %
Divers	2,29 %

Plaintes et réclamations	2,51 %
Droit et information du patient	0,66 %
EIG (évènements ou incidents graves)	0,29 %
Vides (Bloquées)	0,80 %
TOTAUX	99,97 %

Source : cellule de gestion des risques de l'IMR

Une répartition par unité des évènements indésirables signalés en 2013 et 2014, effectuée par la cellule gestion des risques à la demande des contrôleurs, montre que l'unité A2 est à l'initiative de près du tiers des déclarations sur les deux ans. Cette information doit être interprétée prudemment et peut s'expliquer diversement (nature des patients hospitalisés ou simplement culture plus importante de la déclaration).

4.11 Les questionnaires de satisfaction et l'enquête sur la bientraitance

Les questionnaires de satisfaction à remplir à la sortie sont joints à l'entrée de l'hospitalisation au livret d'accueil, ce qui pourrait expliquer partiellement le faible taux constant des réponses à la sortie (8,72 % en 2012, 6,04 % en 2013, 7,75 % en 2014). L'amélioration des taux de retour des questionnaires par une modification des modalités de remise (distribution dans les unités), évoquée à la CRUQPC en 2013 n'a manifestement pas porté ses fruits et est toujours d'actualité en 2014.

Ces informations sont doublées tous les deux ans par une enquête concernant tous les patients présents un jour donné : la dernière enquête date de 2012. Les six grandes rubriques (accueil, prestations dans l'unité, prestations dans l'établissement, prise en charge, informations et droits, projet de sortie) sont détaillées et les possibilités de réponses graduées en quatre niveaux de satisfaction avec, dans certains cas, une option « sans avis » : en 2013 des réponses binaires – satisfait ou non satisfait – ont été seulement proposées).

Avec toutes les précautions nécessaires en raison des modalités de la collecte et du faible nombre de réponses, il faut observer la dégradation en 2014 des indices de satisfaction patients sur les informations données par les équipes soignantes en même temps que l'augmentation de la satisfaction sur le respect des droits accordés à l'ensemble des patients.

Niveaux de satisfaction des patients sur différents items ayant répondu aux questionnaires de satisfaction 2012-2014

Années/ niveau de satisfaction	Taux de satisfaction globale en %		Taux de satisfaction globale sur les soins en %		Taux de satisfaction sur les informations données (état de santé, médicaments, projet thérapeutique, examens complémentaires, activités thérapeutiques, restrictions de liberté) en%			Taux de satisfaction sur le respect des droits (dignité, intimité, confidentialité) en %		
	Très satisfaits ou satisfaits	Peu ou non satisfaits	Très satisfaits ou satisfaits	Peu ou non satisfaits	Très satisfaits ou satisfaits	Peu ou non satisfaits	Sans avis	Très satisfaits ou satisfaits	Peu ou non satisfaits	Sans avis
2012	86,7 %	8,4 % (sans avis 4,8 %)	85,3 %	9,7 %	67,9 %	20,6 %	11,5 %	84,6 %	12,8 %	2,6 %
2013	88,4 %	11,9 %	88,1 %	11,9 %	83,01 %	16,01 %	NR	85,1 %	14,9 %	NR
2014	87 %	13 %	83,1 %	16,9 %	61,7 %	30,6 %	7,7 %	89,1 %	9,6 %	1,3 %

Source : questionnaires de satisfaction et traitement mission

Une enquête sur la bientraitance a été diligentée par le comité d'éthique et soumise à la CRUQPC en novembre 2013.

Cette enquête, organisée selon les recommandations de la HAS mais sans guide d'enquête, a d'abord porté sur les patients en 2013. Sur 186 patients présents à l'IMR (pôle adolescents, adultes, unité D3, ERMS et B2), 152 réponses ont été recueillies (81,7 % de réponses).

La deuxième vague de l'enquête a concerné les soignants en janvier 2014 : sur les 458 soignants interrogés, 172 réponses ont été collectées (37,6 % de réponses).

Les questions étaient organisées autour de six thèmes : communication, intimité/confidentialité, respect de la personne, de l'autonomie, prise en charge de la douleur, autoévaluation par le patient.

Quatre possibilités de réponse étaient proposées aux patients : « souvent/très souvent », considérées comme des avis positifs, « jamais/parfois » comme négatifs. 76 % des patients ont émis un avis positif sur le respect de leur autonomie par les équipes, 94,7 % sur le respect de l'intimité/dignité/confidentialité, 91 % sur le respect de la personne. Plus globalement, l'évaluation par les patients du niveau de bientraitance de l'établissement est à un niveau élevé (80 % de réponses positives) de même que la confiance des patients dans la relation avec l'équipe soignante (plus de 70 % de score positif).

La communication entre équipes soignantes et patients ne recueille en revanche que 67,2 % de réponses favorables. Seuls 49 % des patients interrogés déclarent avoir été sollicités pour donner leur accord à leur traitement, 53 % pour donner leur accord à leurs soins et 57 % à leur traitement médicamenteux.

Les indices de satisfaction des équipes soignantes sur les mêmes sujets (les réponses étaient organisées différemment de façon binaire oui/non, ce qui a donné lieu à des critiques) s'établissent à des niveaux beaucoup plus élevés (95 % de réponses positives aux différents items), montrant des écarts d'appréciation entre le ressenti des patients et le vécu des soignants.

4.12 Le comité d'éthique

Depuis 2013, le comité d'éthique est commun à l'IMR et au centre gériatrique Denis Forestier dans lequel fonctionnait une instance très active en ce qui concerne la bientraitance, la formation aux droits des patients et la réflexion sur des cas cliniques concrets.

Les dix-huit membres renouvelés en juin 2013 comportent huit personnels de l'IMR ; sa composition est pluridisciplinaire : un seul psychiatre, cadres de santé, infirmières, psychologues, assistantes sociales, éducateurs.

L'instance, présidée, depuis 2010, par l'ancien directeur médical de l'IMR, a organisé cinq réunions en 2013 dont les comptes rendus ont été produits. C'est à son initiative qu'a été diligentée, en 2013/2014 l'enquête sur la bientraitance, citée plus haut, qui a donné lieu à un procès-verbal du 18 décembre 2014.

Au moment du contrôle, qui correspondait à une absence du médecin responsable, les informations recueillies ont laissé entendre que l'instance fusionnée peinait à trouver son rythme : le règlement intérieur n'était pas encore élaboré, il n'a pas été produit de rapport postérieur à 2013.

En même temps que sa réponse au rapport de constat, le directeur de l'établissement transmet les observations du psychiatre responsable du comité. Celui-ci indique que des divergences d'approche quant aux priorités ont dans un premier temps ralenti les travaux du comité unifié et qu'a finalement été actée la constitution de deux groupes (santé mentale et gériatrie). Un travail commun a toutefois suscité, chez l'ensemble du personnel, une réflexion sur des sujets d'importance (bienveillance, personne de confiance).

La production des procès-verbaux témoigne de trois réunions du comité « santé mentale » en 2015, dont deux postérieures à la visite des contrôleurs.

5- LES CONDITIONS D'HOSPITALISATION

5.1 Éléments communs à tous les secteurs

5.1.1 Les formalités d'admission

Si l'entrée d'un patient en soins libres a lieu pendant les heures d'ouverture du bureau des admissions et que l'hospitalisation n'intervient pas en urgence, la cellule des admissions, située à l'entrée de l'établissement, procède à la création du dossier informatisé (coordonnées du patient, désignation de la personne de confiance, personne à prévenir, souhaits de visites etc..). Les accompagnants du patient peuvent le conduire au pavillon d'hospitalisation mais le personnel soignant de l'unité peut aussi aller chercher le patient, nouant ainsi un premier contact avec lui.

Le patient est installé dans sa chambre et le fonctionnement de l'unité lui est expliqué. Le règlement intérieur de l'unité lui est remis, ainsi qu'un livret d'accueil et le questionnaire de satisfaction.

Il est procédé à l'inventaire de ses objets personnels dans « le cadre d'une aide proposée pour le rangement de ses affaires ». Conformément au règlement intérieur, les objets dangereux peuvent être retirés et récupérés par l'entourage du patient. Certains autres (parfums, rasoirs) peuvent être placés dans le local infirmier dans une boîte sur laquelle est inscrit le nom du patient. Les médicaments, à défaut d'être remis à la famille du patient, sont détruits avec son accord. Il en est de même de l'alcool, interdit par le règlement intérieur. Les traitements de substitution aux opiacés sont transférés à la pharmacie de l'établissement.

Les objets personnels et les valeurs (bijoux, argent liquide) peuvent être déposés, sur incitation des soignants, au coffre de l'établissement (service de la comptabilité), après un inventaire. Si le malade n'est pas en état d'y participer ou d'exprimer son consentement, deux soignants feront l'inventaire et le certifieront.

En cas de refus de dépôt, le patient devra signer une décharge.

Les valeurs sont ensuite remises au coffre de l'IMR (service de la comptabilité) par les personnels soignants, sous une enveloppe fermée comportant également l'inventaire des objets et valeurs. La restitution s'effectuera par le service des admissions ou de la comptabilité, prévenu 24h à l'avance par l'unité de soins de la sortie des patients.

Après installation dans la chambre et l'inventaire, les constantes médicales du patient sont prises par un infirmier soit dans la chambre, soit dans un bureau disponible ou bien dans la salle de soins : les antécédents médicaux (allergies, médicaments) ainsi que certains éléments de la vie familiale et sociale du patient sont notés. Un rendez-vous médical, en présence d'un soignant, engage un programme de soins qui doit être réévalué chaque semaine en fonction de l'évolution du patient.

5.1.2 La restauration

La restauration est confiée au prestataire privé *Sodexo* depuis février 2013 pour une durée (renouvelable) de quatre ans. Au jour du contrôle, cette société employait, localement, quatorze personnes dont un gérant de restauration.

Les patients prennent obligatoirement tous leurs repas au sein du pavillon dans les quarante-huit heures suivant leur arrivée ; ceux dont l'état le permet sont ensuite autorisés à se rendre au restaurant de l'IMR pour le repas du midi et/ou du soir, d'abord accompagnés d'un soignant, puis seuls (à l'exception des mineurs, toujours accompagnés).

Le petit déjeuner est toujours pris au sein du pavillon d'hébergement entre 8h30 et 9h15 ; il se compose d'une boisson chaude (thé, café ou chocolat), d'un morceau de pain, de confiture et de beurre, dont la quantité est déterminée par une diététicienne au cas par cas.

L'espace restauration occupe une vaste salle divisée en deux parties, l'une réservée aux patients éventuellement accompagnés, l'autre au personnel. Les premiers sont servis à table ; les autres se servent selon le principe du « self ».

Trois diététiciennes composent les menus avec le chef de cuisine du centre de gériatrie et un membre qualifié du personnel de *Sodexo*, une fois par mois. Ni les patients ni leurs proches n'y sont associés.

Les plats sont préparés au centre de gériatrie Denis Forestier, situé à 500 mètres de l'IMR. La liaison froide (qui ne nécessite sur place qu'une remise en température dans des chariots chauffants) a été mise en place en 2005 ; auparavant, les repas étaient confectionnés au sein même de l'IMR. Selon un propos entendu, « on est passé de la cuisine familiale à la restauration collective ». Devant la diversité de repas différents (liés à la pathologie ou à la religion pratiquée), chaque assiette est recouverte d'un film en plastique, ôté lors de la distribution, avec le nom de chacun.

La base du repas est identique pour le personnel mais un choix supérieur lui est proposé.

Un grammage de 100 gr de viande et 100 gr de poisson est assuré aux patients.

Durant la visite des contrôleurs, les repas proposés étaient les suivants :

Mardi 31 mars 2015	Céleri rémoulade Filet de hoki Haricots verts Saint-Nectaire Compote pomme-banane	Potage Aiguillette de poulet au jus Pommes de terre au chèvre Yaourt nature Kiwi
Mercredi 1 ^{er} avril 2015	Pomelos Palette à la diable Lentilles Camembert Paris-Brest maison	Potage Steak du fromager Poêlée champêtre Fromage blanc Clémentine
Jeudi 2 avril 2015	Terrine de poisson Bœuf mode Carottes Edam Banane	Potage Viande carbonara au râpé Pennes Yaourt nature Pêche au sirop

Le repas auquel un contrôleur a assisté le 2 avril 2015 a réuni en salle 135 patients, tandis qu'une cinquantaine (majoritairement des personnes âgées peinant à se déplacer) restait en pavillon pour déjeuner.

Un cahier, intitulé « questionnaire de qualité », peut être à tout moment rempli par les convives, invités à y écrire leurs remarques et suggestions. Selon la consultation des contrôleurs, il en ressort globalement les tendances suivantes :

- les portions sont insuffisantes (le commentaire revient à de multiples reprises, parfois sous forme très explicite « svp, donnez-nous plus de portions, on a faim !!! ») ;
- la soupe est insipide (trop diluée), parfois à peine tiède et sa quantité, insuffisante ;
- l'omelette manque de goût ;
- les frites sont rarement servies ;
- les sauces s'apparentent à de l'eau ;
- les menus se répètent ;
- l'assaisonnement fait défaut.

Dans sa réponse au rapport de constat, le directeur indique que le CLAN compte désormais un représentant des usagers ; il produit des pièces d'où il résulte que les réclamations relatives à l'alimentation sont traitées par la cellule qualité et gestion des risques, au titre des évènements indésirables.

Concernant enfin les éléments d'ambiance autour du repas servi, le contrôleur présent a pu apprécier la connaissance des patients par le personnel de *Sodexo*, l'indéniable sollicitude de ce dernier et le calme de la salle (135 personnes) durant ce repas.

5.1.3 La blanchisserie

Si le service de la blanchisserie, appelé lingerie centrale, lave intégralement le linge personnel des résidents de la maison de retraite, les patients de l'IMR qui ne peuvent bénéficier de l'aide de leur famille gèrent leur linge au sein de leur pavillon, grâce à une machine à laver et un sèche-linge (par unité), matériel révisé et entretenu par le service technique de l'établissement.

La blanchisserie, composée de quatre ETP et d'une responsable (toutes employées par la MGEN), nettoie uniquement le linge de ménage (lavettes, franges), tandis que le linge hôtelier (alèzes, serviettes de bain, nappes, chemise-malades, draps) est sous-traité à une société extérieure (*Initial-service*, sise à Brie-Comte-Robert, Seine-et-Marne). Ce type de linge est lavé une fois par semaine ; les couvertures sont lavées une fois par mois ou au départ du patient.

Un contrôleur a pu visiter les locaux et rencontrer la responsable. Organisation et propreté dominant en ce lieu situé en limite de domaine, un peu à l'écart des pavillons d'hébergement.

Selon les informations recueillies, les membres (tous féminins) de l'équipe ne demeurent jamais seuls, par mesure de sécurité.

5.1.4 La sécurité

La sécurité de la structure est dite « active », c'est à dire reposant davantage sur des hommes que sur des équipements. En effet, aucune caméra de vidéosurveillance n'est installée sur le domaine.

La surveillance est assurée par une équipe de quatre agents de sécurité (tous logés sur place) issus du corps des sapeurs-pompiers de Paris et œuvrant alternativement chaque jour et nuit de la semaine.

Deux agents sont toujours présents sur le site en semaine (l'un de garde à l'entrée du domaine, l'autre d'astreinte à son domicile) de 9h à 17h ou de 17h à 9h.

Le week-end et les jours fériés, un seul agent travaille durant vingt heures (garde et astreinte cumulées).

Il n'existe pas à proprement parler de poste de garde mais un abri à l'entrée du domaine, dénommé « standard ». L'agent de sécurité s'y trouve, ou bien circule sur le domaine, ou encore assure des séances de sport avec certains patients (football ou course à pied notamment).

Les moyens d'intervention se limitent à un téléphone de type DECT (sans fil) permettant de déclencher une alarme générale par arrachage ou en appuyant volontairement sur un bouton rouge. Trois téléphones de ce type équipent chacun des pavillons d'hébergement, dont un pour le cadre de santé.

En cas d'incendie, le n° 68 est composé, qui prévient aussitôt par un bip sonore les cadres de santé, les agents de sécurité et le médecin de garde.

Chaque unité est dotée d'extincteurs.

Les agents de sécurité disposent d'un véhicule et d'un défibrillateur.

En cas d'hétéro agressivité verbale ou physique, les professionnels interviennent en nombre, avec l'agent de sécurité et le médecin de garde ; ils évaluent la nécessité d'un traitement et d'une mise en chambre de sécurité. Si l'agressivité n'est pas en lien avec la pathologie, il peut être fait appel aux forces de l'ordre.

Selon les informations recueillies, aucun incident majeur n'a été recensé au sein de l'IMR depuis plusieurs années. Le personnel se dit surtout préoccupé par les fugues de patients, sans toutefois que leur nombre ait pu être communiqué aux contrôleurs. Celles de patients sous contrainte seraient rares, celles des patients en soins libres plus nombreuses (cas de sorties *extra-muros* sans autorisation ou prescription médicale). Lorsqu'une fugue est constatée, le dispositif adopté est le suivant :

- signalement à l'agent de sécurité, qui part en véhicule autour du domaine et en centre-ville ;
- signalement par un soignant au cadre d'astreinte, au médecin de garde et appel à la famille ;
- signalement au commissariat d'Elancourt, le plus proche de l'IMR.

Enfin, tous les soirs, l'agent de sécurité appelle chaque unité afin de connaître le nom et le nombre de patients placés en chambre fermée, ainsi que les personnes à mobilité réduite afin d'anticiper toute difficulté liée, notamment à la survenue d'un incendie.

5.1.5 Les activités communes

5.1.5.1 Les ateliers

Les activités organisées en faveur des patients apparaissent nombreuses et variées.

Elles s'articulent principalement autour d'un programme protéiforme de thérapie corporelle créée en 2010, intitulé ERMS (Education pour la santé, Rééducation-réhabilitation, Médiation thérapeutique, Sociothérapie).

Au jour de la visite, 90 % des patients étaient suivis dans ce cadre.

Au sein du programme ERMS se développe un **atelier d'ergothérapie**, composé de huit ergothérapeutes. Sont proposées les animations suivantes :

- dessin ;
- peinture sur soie ;
- terre ;
- menuiserie ;

- jardinage ;
- mosaïque ;
- tissu.

L'accès des patients à ces ateliers résulte des décisions prises en réunion clinique et vise à définir pour chacun un programme de soins progressif et adapté.

Ainsi, concernant l'ergothérapie, le premier contact s'opère toujours *via* l'accompagnement d'un soignant de l'unité. Cette notion même d'accompagnement doit être très précisément déterminée et individualisée : elle peut revêtir la forme d'une présence partielle ou constante durant l'activité ou bien se limiter au trajet aller-retour.

Pour les personnes ne pouvant se déplacer (placées sous contrainte ou à mobilité réduite, par exemple), un ergothérapeute peut ponctuellement se déplacer au pavillon.

Au jour de la visite, un total de vingt-six patients étaient suivis dans le cadre des activités d'ergothérapie.

Cet atelier, animé par des professionnels, est doté d'un budget annuel de 12 000 euros.

Pour les patients, les activités demeurent toutes gratuites.

Les produits ou œuvres réalisés peuvent être remis aux proches voire conservés en chambre individuelle s'ils ne présentent pas de risques. En revanche, ils ne sont jamais vendus à l'extérieur de la structure.

Les ergothérapeutes rencontrés considèrent qu'un mélange d'âges et de sexes au sein des groupes est enrichissant pour les patients.

Après chaque séance, le professionnel renseigne le dossier informatisé du patient (logiciel OSIRIS).

Le deuxième volet du programme ERMS vise la **sociothérapie**, dont l'équipe, interrogée par un contrôleur, occupe un espace au sein du centre social, bâtiment central et proche du self, où l'on trouve également une salle de musique, la bibliothèque, une salle de spectacles, la boutique et une salle de conférences (Cf. *infra*).

Les sociothérapeutes ont pour fonction de redonner des repères spatio-temporels aux patients, de préparer leur retour à la vie civile. Ceci passe par diverses sorties *extra-muros* ou par des activités diverses (culturelles, ludiques, sportives). Le soir de l'entretien avec le contrôleur, une sortie au théâtre était ainsi prévue.

Pour la semaine du 27 mars au 2 avril 2015, le programme (affiché) était le suivant :

Date	Film	Sortie	Activité
27 mars			10h/11h : boutique 17h/18h : ping-pong
28 mars		18h : nuit des arts martiaux (sur	

		autorisation médicale) ; aller-retour en voiture	
29 mars			
30 mars		17h20/18h45 : taekwondo	10h/11h : boutique 17h/18h : ping-pong
31 mars		7h30/15h : maraîchage ; aller-retour en bus	15h/16h30 : football
1 ^{er} avril		10h/11h15 : piscine 18h : danse au théâtre de Saint-Quentin en-Yvelines (sur autorisation médicale)	17h/18h : ping-pong
2 avril		14h15/16h45 : randonnée 19h30/21h : taekwondo	

Les sociothérapeutes gèrent par ailleurs une salle appelée « atelier musique » où, de fait, les instruments sont rares (une batterie, un vieux piano et une guitare). Ce local était d'ailleurs vide pendant la visite du contrôleur.

Le troisième volet du programme se concentre sur un vaste bâtiment jouxtant le bâtiment administratif central, à l'entrée duquel est accroché un panneau : « **Hydrothérapie-Balnéothérapie** ».

Les activités proposées présentent en réalité un éventail plus large, pour embrasser sport, psychomotricité, kinésithérapie et relaxation, chacune étant le plus souvent complémentaire de l'autre.



Lit de relaxation

Un contrôleur a rencontré collectivement les professionnels en charge de ce secteur (trois kinésithérapeutes, deux moniteurs de sport physique adapté, sept psychomotriciens, soit douze personnes au total).

Les interventions s'opèrent en ce lieu, pour rester très généralement extra-pavillonnaires.

La réunion clinique hebdomadaire associe les membres de l'équipe, dont l'un au moins est un référent constant.

Les psychomotriciens développent une action autour du rapport au corps (perception, sensations...).



Matériel de psychomotricité

Les séances (individuelles) durent trente minutes au maximum.

L'hydrothérapie (ou douche au jet) constitue à cet égard un complément précieux.

La balnéothérapie (bain dans une large baignoire en forme de trèfle) devrait aussi être utilisée mais son dispositif ne fonctionne pas depuis plusieurs mois et sa réparation n'est pas prévue compte tenu du coût. Il semble peu probable d'ailleurs qu'elle soit entreprise avant la réalisation des futurs locaux de l'IMR.

L'activité physique adaptée (APA) est animée par deux moniteurs spécialisés.

La salle est vaste et propose un large choix (ping-pong, espaliers, jeux de ballon, musculation, sac de frappe, boxe, expression corporelle, etc.).



Salle de sport

Les séances reposent davantage sur le collectif et visent à inciter les patients à poursuivre à l'extérieur ce type d'activités, après la période d'hospitalisation.

Est développée la relation entretenue avec son corps mais également avec celui de l'autre. A cet effet, une salle de danse de 60 m² est munie de miroirs ; il a toutefois été indiqué aux contrôleurs que des panneaux rétractables pouvaient les recouvrir, à la demande du patient ou d'un soignant.

Par ailleurs, des sorties (randonnée, football, course à pied) peuvent être organisées, dans une limite de cinq patients par soignant.

5.1.5.2 La cafétéria

Au centre du domaine, attenante à la salle de restauration, se trouve la cafétéria.

Elle s'étend sur deux niveaux : un rez-de-chaussée, où sont installés le comptoir, l'espace de télévision et une grande salle de 105 m² avec des tables hautes ou basses, et un sous-sol de 70 m² destiné aux jeux.



Cafétéria

Au comptoir sont servies boissons chaudes (dont du café) et froides, non alcoolisées ainsi que des glaces.

Une employée de la société *Sodexo* assure le service.

Un grand téléviseur mural à écran plat est installé face au comptoir.

La salle de consommation se trouve derrière le comptoir.

Les heures d'ouverture de la cafétéria sont les suivantes :

- du lundi au jeudi : 12h45/14h45, 17h/18h30 et 19h30/20h30 ;
- le samedi : 12h30/18h30 et 19h30/20h30 ;
- le dimanche et les jours fériés : 12h30/18h.

La cafétéria est fermée le vendredi, en particulier pour compenser la vaste plage horaire consentie le dimanche.

Espace de convivialité et d'échanges, elle constitue un lieu agréable, propre et lumineux.

Un contrôleur, présent à 17h15, a pu comptabiliser quarante-deux consommateurs, dont une très large majorité de patients, la plupart assis autour des tables et conversant.

En revanche, le sous-sol était vide. Equipé de trois tables de ping-pong (avec raquettes et balles disponibles au comptoir), de deux baby-foot et d'une table de billard (inutilisable car le feutre en était arraché), cet espace clos et silencieux, éclairé artificiellement, s'avère morne, peu accueillant et peu stimulant.

Dans sa réponse au rapport de constat, le directeur observe que cette salle est très utilisée par les patients, après le repas de midi.



Sous-sol de la cafétéria

5.1.5.3 La bibliothèque

La bibliothèque de l'IMR se trouve au rez-de-chaussée d'un bâtiment central appelé « centre social ». Elle est animée par deux jeunes femmes, l'une à 0,9 ETP, l'autre à 0,5 ETP. Leur responsable, en charge de la bibliothèque médicale, a son bureau dans le bâtiment administratif principal. Les animatrices ne sont jamais seules en ce lieu ; lorsqu'une est absente, la responsable vient seconder l'autre.

Le budget de l'année 2015 affecte une somme de 11 700 euros à la bibliothèque, majoritairement consacrés au renouvellement et à l'achat de nouveaux ouvrages.

Le fonds actuel se compose de 37 000 livres et quarante titres de périodiques.

Un coin BD, un espace mangas et un rayonnage de livres récemment sortis agrémentent en particulier les lieux.

En outre, trois ordinateurs (avec accès à internet pour une durée trente minutes, en ayant réservé la veille) sont installés aux fins de consultation. Il n'y a pas de restrictions particulières pour ces consultations, à l'exception des achats en ligne, interdits.

Les patients peuvent en outre imprimer gratuitement jusqu'à dix feuilles.

Les heures d'ouverture de la bibliothèque sont relativement restreintes :

- lundi : 16h/18h ;
- mardi : 10h30/12h et 16h/18h ;
- mercredi : fermeture ;
- jeudi : 10h30/12h et 16h/18h
- vendredi : 16h/18h ;
- week-end et jours fériés : fermeture.



La bibliothèque

Les patients peuvent emprunter trois ouvrages pour une durée de trois semaines, en ayant cependant déposé en amont une caution de 31 euros. S'ils ne possèdent pas cette somme, le prêt d'un livre est consenti pour une durée de sept jours, renouvelable une fois, le temps de régulariser la situation.

Le contrôleur n'a pu obtenir de statistiques relatives au nombre d'emprunts sur l'année écoulée.

Durant les trente minutes de sa présence, huit patients sont venus à la bibliothèque, à la fois pour consulter des ouvrages sur place et accéder à internet.

La surface de la bibliothèque devrait être sensiblement réduite dans la future structure, pour passer de 180 m² à 130 m².

Il convient d'insister sur la qualité de l'espace actuel, son caractère convivial, son aménagement agréable et sur la variété des ouvrages proposés, dont certains viennent juste de sortir en librairie.

Ce lieu constitue en outre, un lundi par mois de 17h à 18h, un espace d'informations et d'échanges pour les patients, à travers une réunion animée par deux médecins sur une base thématique.

Le programme fin 2014-début 2015 s'organisait ainsi comme suit :

- décembre 2014 : la prise en charge médicamenteuse ;
- janvier 2015 : la schizophrénie ;
- février 2015 : bienveillance et maltraitance ;
- mars 2015 : les troubles de l'humeur ;
- avril 2015 : les thérapies à médiation ;
- mai 2015 : la psychothérapie institutionnelle ;
- juin 2015 : les addictions.

5.1.5.4 La boutique

Située au rez-de-chaussée du centre social, la boutique est en fait une sorte de guichet, géré par les socio thérapeutes et certains patients (qui tiennent la caisse), où sont proposés à la vente quelques articles de première nécessité (savon, lessive, mousse à raser, etc.).



La boutique

5.1.5.5 L'association des patients

Il n'existe pas aujourd'hui au sein de l'IMR d'association de patients.

Toutefois, chaque semaine, les socio thérapeutes réunissent un groupe de patients délégués par leurs homologues dans chaque pavillon, afin d'écouter leurs doléances et d'évaluer avec eux les difficultés d'organisation ou de fonctionnement de la structure.

La teneur de ces échanges est ensuite transmise oralement à la direction, à qui il arrive de participer à la réunion.

5.1.6 Les soins somatiques

Les soins somatiques sont assurés et coordonnés par deux médecins généralistes assistés d'une IDE. Ils disposent d'un bâtiment rénové en 2014 comportant des bureaux et huit salles de consultation.

5.1.6.1 L'organisation générale des soins somatiques

Les soins somatiques sont organisés de façon à assurer le bilan d'entrée, la prise en charge des urgences et le suivi quotidien des patients. De plus, le pôle somatique organise l'éducation et la promotion de la santé auprès des patients hospitalisés et leur réinsertion si besoin dans les circuits de dépistage gratuits.

Pour tout patient entrant, une évaluation systématique de l'état de santé somatique est effectuée par le médecin psychiatre (comptes-rendus disponibles, courriers médicaux, interrogatoire, bilan biologique d'entrée, ECG...). Si besoin, un avis du médecin généraliste, de spécialistes de diététiciens ou kinésithérapeutes est demandé.

Une synthèse somatique est systématiquement effectuée par le médecin généraliste tous les six mois de présence continue.

Si un problème de santé survient en cours d'hospitalisation, un contrôle des anomalies biologiques détectées lors du bilan d'entrée ou un suivi biologique selon l'évolution des traitements prescrits est assuré.

Des consultations spécialisées peuvent également être organisées ; selon l'état du patient, elles se déroulent dans le bâtiment dédié ou au sein des pavillons.

Outre les deux médecins généralistes, divers spécialistes effectuent en effet des vacations :

- neurologue (1 vacation hebdomadaire de 4h) ;
- cardiologue ;
- dermatologue ;
- endocrinologue ;
- gastro-entérologue.

Une salle de radiologie conventionnelle et un échographe sont disponibles sur le site Denis Forestier où les patients sont conduits dans un véhicule de l'IMR.

Pour des examens plus complets ou plus techniques des conventions ont été passées avec les hôpitaux de Rambouillet et de Versailles.

Une information/formation est régulièrement délivrée par les somaticiens à l'ensemble des médecins de l'IMR mais aussi aux cadres et IDE qui le souhaitent.

Il n'existe pas de cabinet ni de soins dentaires sur le site. Les patients, notamment les mineurs, peuvent bénéficier de sorties accompagnées par leurs proches pour se rendre chez leur dentiste personnel ou doivent aller pour des urgences en stomatologie dans les hôpitaux publics.

5.1.6.2 La pharmacie

La pharmacie est implantée dans des locaux en rez-de-chaussée d'un bâtiment situé à l'entrée de l'établissement. Elle assure la pharmacie pour les deux sites IMR et Denis Forestier.

Le personnel de la pharmacie est composé de deux pharmaciens à temps plein, de huit préparatrices en pharmacies et d'un magasinier.

Toutes les prescriptions sont effectuées sur le logiciel « OSIRIS » déployé sur l'ensemble de l'établissement.

Chaque préparatrice est référente d'un ou plusieurs services déterminés. Une fois les piluliers hebdomadaires préparés et vérifiés, les préparatrices les acheminent dans les services dans des containers scellés. Un circuit particulier est organisé pour les produits thermosensibles.

Chaque jour un contrôle aléatoire est effectué sur trois piluliers tirés au sort par service. En cas d'erreur identifiée, un second tirage au sort est réalisé. Si une nouvelle erreur apparaît, toute la préparation est contrôlée. Cette procédure est tracée.

Concernant les produits stupéfiants, très peu prescrits à l'IMR, la préparation et le contrôle sont effectués par un pharmacien.

Deux à trois audits par an sont réalisés dans les services pour vérifier le bon fonctionnement du circuit du médicament. Le mois précédent la visite des contrôleurs cet audit avait été effectué par un pharmacien extérieur.

Par ailleurs chaque unité dispose d'une dotation d'urgence mise à jour une fois par an lors d'une réunion médecin, cadre, IDE référente, préparatrice référente et pharmacien. L'utilisation de cette dotation est tracée dans un classeur tenu par la cadre du service.

Un stock de dépannage pour l'ensemble de l'établissement est placé au B1.

La pharmacienne organise périodiquement des réunions de « prescriptions complexes » associant pharmaciens et médecins sur des thèmes d'actualité ou de prescriptions ayant posé problème.

Un fichier intranet des patients sous Clozapine®, neuroleptique atypique, permet la surveillance des traitements et le suivi des résultats biologiques de contrôle.

Un livret du médicament, régulièrement actualisé, est à disposition des prescripteurs et des unités.

Les médicaments personnels dont disposent les patients à leur arrivée sont remis à la famille ou une autorisation de destruction est sollicitée auprès du patient, qui signe un accord. La pharmacie dispose d'un fichier répertoriant tous les médicaments personnels dans les unités.

5.1.6.3 **Le laboratoire**

Les prélèvements biologiques effectués dans chaque unité sont collectés et adressés deux fois par jour vers le laboratoire du centre hospitalier de Versailles avec lequel une convention a été passée.

Les résultats des examens sont transmis directement en ligne par une liaison internet entre les deux établissements.

5.1.6.4 **Le comité de lutte contre la douleur (CLUD)**

Un protocole interne unique a été mis en place par l'établissement, relatif à la prise de constantes, l'évaluation et le suivi de la douleur. Les résultats sont tracés sur le logiciel OSIRIS.

5.1.6.5 **Le comité de lutte contre les infections nosocomiales (CLIN)**

La lutte contre l'infection et les infections nosocomiales est gérée par une infirmière hygiéniste à temps plein et un praticien hygiéniste à temps partiel, en lien avec le médecin généraliste de l'IMR.

Des plans d'actions « barrière virale hivernale », « risque tuberculeux », « légionellose » ont été élaborés. Un comité « SIDA » est également en place.

5.1.6.6 Le comité de liaison alimentation (CLAN)

Trois diététiciens – soit 2,70 ETP – assurent la diététique de l'établissement, référents chacun de bâtiments déterminés.

Les diététiciennes travaillent sur prescription médicale ; elles animent en outre des consultations individuelles et de groupe d'éducation à l'alimentation.

Elles ont par ailleurs un rôle de conseil et de contrôle à l'égard de *Sodexo*, prestataire de l'établissement.

5.1.7 Le service de nuit

Le service de nuit est défini de 21h15 à 7h15. Le service de nuit de chaque unité est assuré par une IDE et une AS ou une veilleuse, sauf à l'unité A2 qui dispose de deux AS en raison des deux chambres de sécurité. L'une des deux AS est éventuellement « mobile » sur une autre unité en cas de besoin. L'emploi de veilleuses fait référence à l'historique de l'IMR et est encours de remplacement par des AS au fur et à mesure du départ des veilleuses.

L'organisation du service de nuit comporte un temps de transmission de quinze minutes équipe de jour/équipe de nuit en début et fin de service avec tour rapide de l'unité. Trois tours minima de surveillance sont ensuite effectués. Le nombre des tours de surveillance est fonction de l'état des patients et des décisions médicales. Tous les tours sont tracés.

Un cadre dédié à 0,50 ETP et deux cadres consacrant 0,20 % de temps chacun assurent la gestion des ressources humaines, des réunions et des accompagnements de personnels.

De plus un cadre supérieur de santé est en charge du service de nuit.

Le service de nuit peut en outre avoir recours à un médecin psychiatre et un agent de sécurité présents dans l'établissement ainsi qu'à un cadre de santé d'astreinte.

5.2 Le pôle 1 de psychiatrie adulte

Le pôle de psychiatrie adulte, piloté par un psychiatre responsable de pôle et un cadre supérieur de santé, regroupe quatre unités d'hospitalisation :

- l'unité A1 – vingt-six lits et deux chambres sécurisées¹¹ – dite à orientation de post urgences et de courts séjours ; sa vocation est territoriale (Yvelines) voire régionale ;
- l'unité A2 – vingt-six lits dont deux chambres d'isolement ou de soins intensifs¹² et une chambre sécurisée – qui est celle d'un des secteurs de psychiatrie générale du département géré par l'IMR et comportant par ailleurs un hôpital de jour (HJ), un centre médico-psychologique (CMP) et des activités thérapeutiques de groupe, ambulatoires ;

¹¹ Chambre d'hébergement classique que l'on ferme et dont on a retiré les meubles ou objets qui pourraient nuire à la sécurité des patients.

¹² Chambres spécifiquement dédiées à l'isolement, dites aussi chambre de sécurité psychiatrique ou chambres de soins intensifs.

- l'unité C1 – seize lits (dont une chambre d'isolement) et une chambre sécurisée – de psychiatrie de la personne âgée, d'évaluation, d'orientation et de courts séjours ; elle est adossée à une consultation d'évaluation et d'orientation et à un hôpital de jour qui assure en outre une consultation hebdomadaire de liaison avec le centre gériatrique Denis Forestier ;
- l'unité de psychiatrie et d'addictologie qui, outre vingt-six lits d'hospitalisation dédiés aux sevrages complexes et aux troubles psychiatriques, dispose d'une consultation hospitalière, d'un hôpital de jour, d'une équipe de liaison et de soins en addictologie ; cette unité n'a pas été contrôlée par la mission.

5.2.1 L'unité A1 de post urgences et de court séjour

Cette unité **ouverte**, créée en 2009, n'est pas sectorisée : elle accueille des patients en état d'agitation, après passage au centre hospitalier de Versailles (dite unité de 72 heures), à l'hôpital de Rambouillet, ou encore à la demande de la médecine de ville (généralistes, psychiatres) ou de services extrahospitaliers (CMP, HJ) pour une évaluation psychiatrique. La DMS de l'unité, dont l'objectif initial était d'un mois, était de quarante jours en 2013¹³ en raison de la présence d'une personne hospitalisée depuis 1973, faute de structures d'accueil en aval.

Le taux d'occupation était de 83,2 % en 2013.

Le 30 mars 2015, l'unité A1 se présentait comme suit :

Nombre de lits	26
Nombre de chambres d'isolement	0
Chambres sécurisées	2
Nombre d'hommes hospitalisés	7
Nombre de femmes hospitalisées	15
Plus longue hospitalisation	Depuis 1973
Patient le plus âgé	88 ans
Patient le plus jeune	18 ans
Nombre de chambres à un lit	26
Nombre de chambres à deux lits	0

¹³ La DMS pour l'année 2014 n'a pas été indiquée.

Nombre de douches	4
Nombre de WC	4
Nombre de salles de bain	1

5.2.1.1 Les locaux



L'entrée du pavillon A1

Les chambres sont disposées autour de deux couloirs, à droite (onze chambres) et à gauche (quinze chambres) du hall d'entrée, lequel jouxte la salle commune (jeux et télévision) et la salle de repas.

On trouve, dans l'aile droite, deux WC et trois douches (dont une à l'italienne) et, dans l'aile gauche, deux WC, deux douches et une baignoire.

Depuis le 1^{er} avril 2015, le nettoyage est assuré par des employés du prestataire *Sodexo*.



La salle de repas

Les chambres, d'une surface de 12 m², sont toutes identiques et non personnalisables.

Le règlement intérieur de l'unité (version 1, du 5 janvier 2015) précise que « le mobilier ne doit pas être déplacé » et que les patients, pour des raisons de sécurité, ne peuvent « modifier les installations électriques existantes ».



Une chambre d'hospitalisation

5.2.1.2 Les personnels

Une partie du personnel de l'unité A1 lui est spécifiquement dédiée : médecins qui consacrent cependant 10 % de leur temps à des consultations en CMP, infirmiers, aides-soignantes (dits agents de soins), secrétaire médicale, assistante sociale.

Les patients sont suivis par un médecin référent. L'un des deux médecins de l'unité est un praticien associé en voie de qualification par le passage d'un diplôme inter universitaire de psychiatrie générale.

L'année 2013 a été marquée par le renouvellement intégral de l'équipe médicale et des difficultés de recrutement d'infirmiers et d'aides-soignants.

Les autres intervenants (kinésithérapeutes, ergothérapeutes, diététiciens psychomotriciens) font partie du département ERMS qui mutualise, pour l'ensemble de l'IMR, les compétences de ces professionnels : ils prennent en charge les patients à la demande de l'équipe soignante. Un kinésithérapeute est le référent ERMS de l'unité, à charge pour lui de diffuser auprès des autres intervenants les informations recueillies notamment lors des réunions cliniques hebdomadaires. Les noms des professionnels intervenant et leur numéro de téléphone sont affichés dans le hall d'accueil de l'unité A1.

Effectifs des personnels affectés à l'unité A1 en 2015

2015	Unité A1	
	Nombre	ETP
Médecins		
Psychiatre	1	0,9 (1/2j en CMP)
PAA en voie d'inscription à l'ordre	1	0,9 (1/2j en CMP)
Interne	1	
cadre sante	1	0,8
IDE	7,5 matin/soir ; 2 nuit	7 matin/soir ; 2 nuit
psychologue	1	1
aide-soignant	4 matin/soir; 2 nuits	4 matin/soir; 2 nuits

Personnels ERMS (Psychomotricien, kinésithérapeute, socio thérapeute, ergothérapeute, diététicien)	Interviennent en tant que de besoin et affectés au département ERMS; un kiné est référent de l'unité	
assistante sociale	1	0,5
secrétaire médicale	1	1 (partagée en cas de besoin avec l'unité C1)
agents de soin	4	4

Source : établissement

Le personnel soignant, qui ne porte pas d'uniforme, est organisé durant la journée (7h-21h30) en deux équipes, l'une intervenant le matin, une autre l'après-midi/soir, avec des décalages ou des chevauchements d'horaire pour ces deux plages : ainsi les personnels du matin peuvent commencer à 7h pour finir à 14h44 ou 14h59, ou prendre leur service à 8h30 jusqu'à 16h14 ou 16h29. De même l'équipe de l'après-midi peut arriver à 12h16 ou 13h46 pour terminer à 20h ou 21h30. Les équipes de nuit sont spécifiques. La « norme » est la présence dans la journée et l'après-midi/le soir de trois soignants (infirmier et aide-soignant) dans l'unité ; la nuit, un infirmier et un aide-soignant doivent être présents. En cas d'absence, il peut être fait appel à des vacances ou à la solidarité d'autres unités. Une étude du planning de l'équipe sur les cinq semaines du 2 février au 8 mars 2015, montre que la norme d'encadrement a été respectée sur les soixante-dix plages horaires observées, à l'exception de cinq d'entre elles pendant lesquelles seuls deux soignants étaient présents auprès des malades.

5.2.1.3 Les patients

La répartition des patients de l'unité A1, au 30 mars 2015, était la suivante :

Soins libres	22
Autorisation parentale (si mineurs)	0
Soins psychiatriques sur décision d'un représentant de l'Etat	0
Soins psychiatriques à la demande d'un tiers :	
- SPDT	1
- SPDT urgence	1
- SPDT péril imminent	0
Programme de soins	0

Ordonnance de placement provisoire (si mineurs)	0
Article D. 398 CPP	0
Mesures de protection juridique (tutelle ou curatelle)	3 (1 tutelle, 2 curatelles)

Au moment de la visite des contrôleurs, un malade de nationalité étrangère, placé en soins sur décision du représentant de l'Etat, venait d'être transféré de l'unité A2 sectorisée en raison de la possibilité de communication avec un personnel soignant de même nationalité et de même langue travaillant à l'unité A1.

En 2014, 39 patients sous contrainte au total ont été accueillis dans l'unité (1 en SDRE, 38 en SDT dont 26 en urgence), soit 25 % de la totalité des patients admis sous contrainte dans l'établissement.

Les fiches des patients hospitalisés, enrichies des spécificités quotidiennes des prises en charge (régimes, entretiens médicaux, ateliers thérapeutiques) figurent sur un grand tableau dans la salle des soins.

L'un des jours de la visite, seul un patient, entré récemment et placé dans une chambre sécurisée ouverte pendant le temps du repas) portait un pyjama, les autres étant en tenue « de ville ».

Selon le règlement de l'unité, un représentant des patients serait désigné : il serait le relais des patients auprès de l'institution. Les contrôleurs ne l'ont pas identifié ni rencontré.

5.2.1.4 Le fonctionnement de l'unité

A Le projet de soins

Le projet de soins de l'équipe, marqué par la volonté d'organiser une relation dynamique soignants/soignés, spécifique à la psychiatrie institutionnelle, fait actuellement l'objet d'une formalisation ; la construction du projet s'effectue collectivement avec l'équipe soignante.

La mission d'évaluation de cette unité de court séjour est articulée autour de trois types de soins.

- les entretiens : les entretiens médicaux auprès de chaque patient interviennent au moins une fois par semaine en présence d'un infirmier ou d'une aide-soignante ; ils peuvent être complétés par des entretiens avec les familles à la demande du patient ou du médecin ; des visites à la chambre des patients sont, d'autre part, planifiées une fois par semaine le mardi, en présence du médecin référent, d'un infirmier et du cadre de santé ; enfin, des entretiens infirmiers peuvent être réalisés selon les besoins et les demandes ;

- les activités thérapeutiques dans l'unité : outre les prises en charge individualisées, prescrites et effectuées par les professionnels du département ERMS (quatorze patients sur vingt-six présents au moment de la visite de l'unité faisaient l'objet d'une prise en charge de cette nature), quatre types d'activités à visée thérapeutique sont organisés institutionnellement par l'unité afin d'évaluer les capacités cognitives et relationnelles des patients ; leur indication est prescrite pour trois d'entre elles :
 - le groupe « évaluation thérapeutique » d'une heure trente a lieu dans l'atelier du département ERMS, le jeudi après-midi, animé par deux ergothérapeutes ;
 - le groupe « presse », d'une heure, se déroule tous les vendredis après-midi dans l'unité de soins en présence d'un psychologue et d'un soignant ;
Pour ces deux ateliers, les patients s'engagent à assister au moins à trois séances.
 - le groupe « jeux », animé par deux soignants, intervient le mercredi après-midi dans l'unité dans le but d'apprécier la capacité de respect des règles par les patients ; il dure une heure ;
 - enfin, le jeudi après-midi, les nouveaux arrivants sont réunis avec le cadre de l'unité et un soignant pour un groupe d' « accueil thérapeutique » ; celui-ci permet de préciser collectivement le cadre thérapeutique de l'unité et le sens de ses règles (horaires, repas, ateliers thérapeutiques) en répondant aux questions des patients ; le jour de la visite de la mission, dix patients étaient présents ; les interrogations des patients portaient essentiellement sur les conditions matérielles de l'hospitalisation et pointaient certains problèmes dus à la vétusté des locaux : odeurs d'égouts, chauffage défaillant pour les chambres en bout de couloir ; d'autres questions concernaient certains éléments de la vie quotidienne : ouverture des douches à 8h seulement, interdiction de fumer dehors à partir de 21h (heure de fermeture de l'unité), alimentation, visites et permissions de sortie ;
- les évaluations dans les actes de la vie quotidienne constituent un troisième angle d'observation et de compréhension des patients ; les repas thérapeutiques notamment, pris avec des soignants durant les six premiers jours au moins, permettent d'évaluer les comportements et les conduites des patients, de même que la toilette.

L'ensemble des observations recueillies alimente les transmissions ciblées entre les équipes du matin et du soir ainsi que les réunions cliniques hebdomadaires. Celles-ci se déroulent le lundi matin en présence des médecins, des soignants, du référent ERMS de l'unité et du psychologue. Elles définissent les projets de soins des nouveaux patients (activités thérapeutiques, contraintes et interdictions) et examinent l'opportunité de leur évolution.

En outre, une réunion sociale est organisée chaque semaine avec les assistantes sociales et permet éventuellement de planifier des rendez-vous patients/assistante sociale. Dans une unité qui n'est pas sectorisée, les problématiques de sortie sont rendues complexes par l'éloignement ou la multiplicité des acteurs extérieurs (secteurs éloignés, pénurie de structures d'accueil sociales ou psychiatriques, articulation avec les médecins libéraux), susceptibles de prendre le relais de la prise en charge hospitalière.

B La vie quotidienne

Le règlement intérieur de l'unité A1 reproduit celui du règlement-socle de l'établissement.

a. L'admission

Les patients sous contrainte sont amenés directement à l'unité, en ambulance le plus souvent. Reçus dans l'heure par un médecin (celui de l'unité ou le médecin de garde), ils sont informés de leurs droits par la secrétaire médicale, lorsqu'elle est présente ou par l'équipe soignante en son absence. L'hospitalisation est alors notifiée. La notification est signée par deux soignants si la signature du patient ne peut pas être recueillie. Une copie du document peut être remise au patient immédiatement ou ultérieurement en fonction de son état. Le malade est placé en chambre fermée, éventuellement sécurisée (Cf. *infra*), en fonction de la prescription médicale si le patient montre un comportement auto ou hétéro agressif.

b. La définition du projet individuel de soins

L'équipe soignante définit le projet de soins de chaque patient et le réévalue théoriquement au minimum une fois par semaine. Son contenu, enregistré dans le dossier informatisé, est détaillé au patient dont l'accord est obligatoire s'il est en soins libres et recherché s'il est sous contrainte. Lorsqu'un patient admis en soins libres se trouve dans l'impossibilité de consentir à un projet de soins nécessitant une restriction de ses libertés, il est dit que le mode d'hospitalisation devra être transformé en soins sans consentement.

L'ensemble des éléments du « régime » quotidien du patient, incluant des restrictions d'aller et venir, est décrit à travers l'échelle standardisée EBM – bilan-mesure-risques – du dossier informatisé du patient. Les différentes rubriques de l'EBM concernent les éléments très détaillés du projet de soin : heures d'ouverture et de fermeture de la chambre, retraits de certains objets, horaires, lieux de visites et personnes autorisées, lieux des repas, possession du téléphone portable, possibilité de fumer et nombre de cigarettes etc.

Ces restrictions quotidiennes, toutes prescrites par le médecin, font l'objet d'un projet de protocole par la direction médicale de l'institut.

La communication aux contrôleurs des 817 EBM anonymisés des personnes hospitalisées à l'unité A1 pendant l'année 2014 montre que les deux tiers des patients hospitalisés ont connu des évolutions dans le contenu de la prise en charge pendant leur séjour. Les principales restrictions des programmes de soins peuvent être retracées par le tableau suivant :

Restrictions figurant dans les programmes de soins des patients hospitalisés dans l'unité A1 en 2014

Unité	total EBM 1/01-31/12 2014	% EBM chambres fermées	%contrats	%restrictions téléphone	% restriction permission	% nécessité accompagnement	% restriction visites	% déplacements hors pavillon	%repas en pavillon seul
A1	817	20%	31%	32%	75,5%	43%	44,4%	46%	50,7%

Source : calcul mission à travers les EBM transmis par l'établissement

La prescription de chambre sécurisée est analysée plus loin.

c. L'organisation de la vie quotidienne et des soins

L'organisation de la vie quotidienne des patients, cadrée par le règlement intérieur de l'unité, est individualisée et fonction des projets de soins de chacun.

Le matin est consacré aux **soins** (entretiens médicaux, prise en charge individuelles au département ERMS), l'après-midi à des activités thérapeutiques, certains patients ayant la possibilité de se rendre à la cafeteria ou à la bibliothèque ; d'autres peuvent pratiquer des activités extérieures (aquagym, foot) selon les prescriptions.

En fonction de l'état du patient, **la toilette** est effectuée par les patients seuls ou aidés par les aides-soignants ou les infirmiers soit dans la chambre (lavabo) ou dans les douches collectives, ouvertes à partir de 8h et jusqu'à 21h.

Un petit stock de vêtements géré par une sociothérapeute est à disposition des patients démunis, pour un prix purement symbolique. Pour l'entretien du linge, une machine à laver et un sèche-linge peuvent être utilisés (au sous-sol) par les patients, sur accord de l'équipe médico-soignante.

Les traitements sont préparés dans des piluliers individuels par l'équipe de nuit, ils sont distribués individuellement dans le local infirmier, dont la porte est indifféremment ouverte ou fermée, le matin à 8h30, 11h30, 16h, 18h30 et le soir 20h45. Il est indiqué que les escaliers de l'unité et le poids du chariot empêchent de les distribuer en chambre.

Les repas font partie intégrante du traitement et ont lieu en présence de soignants. Selon les cas, ils peuvent être pris dans l'unité soit dans la chambre, soit dans la salle à manger (repas thérapeutique avec des soignants autour d'une grande table ou repas par petites tables de quatre) ou encore au restaurant de l'établissement sous réserve de prévenir l'équipe 48 h à l'avance. Les horaires de repas sont les suivants:

- petit déjeuner : 8h30-9h15
- déjeuner entre 12h et 13h
- collation entre 16h et 16h30
- dîner entre 19h et 20h.

Le tabac est autorisé sur la terrasse, en journée. La nuit, les portes du pavillon fermant à 21h30, personne ne peut fumer, sauf très exceptionnellement sur la terrasse et toujours avec un soignant.

La radio est autorisée en chambre.

Le téléphone peut être laissé au patient (sauf contre-indication médicale) ; par contre, le chargeur est confisqué compte tenu des risques de strangulation.

Faute de wi-fi, l'accès à **internet** demeure impossible.

S'agissant du **courrier**, le standard (à l'entrée du domaine) fait office de poste ; une boîte aux lettres y est installée. La secrétaire de l'unité passe récupérer les plis chaque matin, pour une distribution aux intéressés à 11h30.

Les visites de proches se déroulent le week-end, de 13h30 à 18h30, en dehors de la chambre.

S'agissant des **cultes**, aucun aumônier ne se déplace dans l'unité.

Les sorties intra-muros se limitent généralement à la cafétéria. Les sorties extérieures sont très rares, en raison de la nature même de cette unité et de la durée moyenne de séjour.

Selon les propos recueillis, le sujet des **relations sexuelles** peut être abordé lors d'entretiens infirmiers, en fonction de l'observation par l'équipe soignante des comportements des patients notamment des plus vulnérables : les entretiens sont orientés vers l'éducation et la protection contraceptive. Des préservatifs peuvent être conseillés. Les relations doivent être pratiquées hors de l'unité et pendant les permissions. Il a été indiqué aux contrôleurs qu'aucune transgression ni agression n'avait été recensée.

La fermeture de l'unité s'effectue à 20h45 sauf en cas d'activité organisée en soirée. La **télévision** est allumée à 19h45 et éteinte à 20h45 sauf soirée télévision une fois par semaine et le samedi : le programme est choisi par les patients au moment de la collation le lundi et le samedi.

5.2.2 L'unité A2

Le pavillon A2 est situé à proximité de l'entrée du parc ; il s'agit d'un bâtiment d'aspect vétuste, construit sur un niveau et comportant deux ailes séparées par quelques marches. L'unité est ouverte ; elle ferme ses portes à 21h15 l'hiver et une heure plus tard environ, l'été. Elle accueille, en période « post urgence », les patients du secteur 15 et, par convention, certains patients du secteur 16¹⁴, confrontés à des pathologies psychiatriques sévères.

Ainsi qu'il a été dit, cette unité a accueilli le tiers des patients admis sans consentement en 2014 ; il n'a pas été fourni de données précises pour les autres années mais il semble que cette proportion soit habituelle. A la veille du contrôle, l'unité hébergeait d'ailleurs dix patients admis en soins contraints sur les dix-sept que comptait l'établissement à cette date.

La durée moyenne de séjour était, en 2013, de soixante et onze jours, recouvrant des réalités diverses.

Le taux d'occupation est le plus élevé du site, de 90 à 95 % environ.

¹⁴ Ceux qui sont suivis en ambulatoire par l'hôpital Charcot.

Au 1^{er} avril 2015¹⁵, vingt-quatre patients étaient hospitalisés, dont dix personnes en soins contraints. L'unité se présentait comme suit :

	Unité A2
Nombre de lits (hors CI)	24
Nombre de chambres d'isolement	2
Chambre sécurisée	1
Nombre d'hommes hospitalisés	13
Nombres de femmes hospitalisées	11
Plus longue hospitalisation	Depuis 1993
Patient le plus âgé	71 ans
Patient le plus jeune	19 ans
Nombre de chambres à un lit	26
Nombre de chambres à deux lits	0
Nombre de douches	3
Nombre de wc patients	4
Salle de bain	2

5.2.2.1 Les locaux

Les locaux ne se distinguent pas spécialement de ceux de l'unité A1, décrits ci-dessus.

Ils sont globalement vétustes et, dans l'ensemble, assez sombres ; le mobilier est défraîchi, parfois branlant. Le rapport d'activité 2013 fait état d'une intervention quotidienne, voire pluriquotidienne des équipes de maintenance. La salle de soins est exigüe ; les bureaux manquent ; il n'y a pas de salle permettant de recevoir les familles ou permettant aux familles de rencontrer leurs proches.

Le pavillon compte vingt-quatre chambres, toutes individuelles, et deux chambres d'isolement, dites chambres de soins intensifs. L'une des chambres ordinaires avait été sécurisée (mobilier enlevé) pour pouvoir, le cas échéant, recevoir sans risques un patient agité ; depuis l'ouverture de la deuxième chambre sécurisée en avril 2014, elle a retrouvé sa configuration habituelle.

Les chambres sont vastes (13 m²), vétustes (peinture écaillée) et le mobilier (une armoire, une table et une ou deux chaises) d'aspect vieillot. L'armoire (120 cm de large) est scellée au mur ; l'un des tiroirs est muni d'une clé à disposition du patient.

¹⁵ Les chiffres peuvent différer légèrement de ceux figurant dans le tableau relatif au statut des patients (ici, § 5.2.3.3). Les premiers reflètent les présences au jour de la visite au sein de l'unité, les seconds ont été communiqués par la direction et retracent le statut des patients présents au 30 mars 2015.

Aux deux tiers de sa surface, la chambre est séparée de la partie sanitaire par des étagères formant cloison sur 90 cm de hauteur environ. Les sanitaires comprennent un grand lavabo en faïence surmonté d'un miroir ; il n'y a ni douche ni WC.

La porte des chambres est pleine ; elle est munie d'un verrou permettant de fermer de l'intérieur, l'ouverture restant accessible aux soignants. L'accès est libre en journée, pour le seul occupant officiel ; il est en effet interdit d'y recevoir quiconque autre que les soignants.

L'unité comporte trois douches et quatre WC, répartis dans les deux ailes. L'accès à l'une des douches et à deux WC est quelque peu problématique, en journée, en raison des quelques marches qui les séparent de la zone de vie collective.

Les chambres d'isolement et le recours à cette procédure seront évoqués au chapitre 6.

5.2.2.2 Les personnels

Les effectifs se présentent comme suit :

Unité A2	Nbre de personnes	ETP
Praticien hospitalier responsable de l'unité	1	1*
Praticien attaché associé, responsable de l'unité en l'absence du titulaire	1	0,6 ETP
Praticien attaché associé	1	0,4 ETP
Interne	1	1
Médecin généraliste	0	0**
Cadre de santé	1	1***
Secrétaire médicale	1	1
IDE Jour/Nuit	10,5/2	9,5 ETP****
Aide-soignant J/N	4/2	4/2
Educateur	0	0
Assistante sociale	1	0,5 ETP
Psychologue	1	0,5 ETP
Autres (préciser)		
Personnels ERMS (psychomotricienne, ergothérapeute, professeur d'arts plastiques, diététicienne)	Selon indication médicale et besoins des patients	
Agents de soins	4	4

*en congé maternité au moment du contrôle

** il est fait appel au médecin généraliste de l'établissement

*** absente au moment du contrôle

**** un départ non remplacé

Le médecin responsable du pôle anime la réunion clinique qui se tient une fois par semaine et rencontre tous les patients au même rythme ; elle n'assure généralement pas de suivi individuel mais intervient à la demande de l'équipe, en cas de difficulté.

En l'absence du titulaire du poste, absente pour plusieurs mois au moment de la visite, la responsabilité de l'unité était assumée par un médecin attaché associé, manifestement au fait du fonctionnement du service.

Selon les renseignements recueillis, la présence médicale, en semaine, varie de deux médecins et un interne (présents ensemble trois matinées par semaine) à la présence exclusive d'un interne (seul deux après-midi par semaine) ; durant les cinq autres demi-journées, un médecin et un interne sont présents. Au moment du contrôle, l'un des médecins exerçait à mi-temps au pavillon C2 situé en face, permettant une souplesse d'intervention.

La cadre de santé, absente pour plusieurs mois, a d'abord été remplacée par une cadre du secteur extra hospitalier assurant exclusivement les urgences ; depuis avril 2015, la cadre de santé de l'unité C2 située à proximité partage son temps entre les deux unités.

La présence soignante, en journée, est de trois soignants au moins. L'organisation horaire est semblable à celle de l'unité A1 (Cf. § 5.2.1.2).

Le rapport d'activité pour l'année 2013 évoque quelques difficultés de stabilité du personnel, confronté à de multiples départs. L'absence d'un cadre de santé réellement présent dans l'unité n'a pas permis aux contrôleurs de savoir si la situation s'était améliorée. Le service a été présenté comme difficile, en raison des caractéristiques des patients (pathologies lourdes et accueil en urgence). Il a aussi été indiqué que l'unité bénéficiait régulièrement de la présence de soignants provenant d'un volant de postes mis à disposition de l'ensemble de l'établissement et, de fait, régulièrement affecté dans cette unité.

Les réunions institutionnelles sont comparables, dans leur organisation et leurs objectifs, à ce qui a été décrit pour l'unité A1 (Cf. § 5.2.1.2).

5.2.2.3 Les patients

Ainsi qu'il a été dit, l'unité A2 accueille, en phase aiguë, les patients du secteur confrontés à des troubles psychiatriques lourds, quelles que soient les modalités de l'hospitalisation (SL, ASPDRE, ASPDT, SPI, SDTU et D 398). En pratique, les patients de l'unité sont en outre confrontés à de sérieux problèmes sociaux : précarité financière, problème de logement, isolement. Les patients domiciliés dans le secteur et dont l'état ou la situation ne nécessitent pas de recourir habituellement à ses structures traditionnelles¹⁶ sont prioritairement adressés vers une autre unité.

¹⁶ Tentative de suicide intervenue dans un contexte dépressif suivi en structure hors secteur, par exemple.

Les patients sont adressés par les centres hospitaliers de Versailles et, plus accessoirement, de Rambouillet, généralement au terme de 24 heures d'hospitalisation. Les liens étroits entretenus avec les équipes de secteur conduisent aussi à quelques accueils directs à partir du domicile, parfois selon des modalités intégrant une forme de préparation.

En 2013, 146 patients ont été hospitalisés au sein de l'unité ; le quart d'entre eux avait déjà connu des hospitalisations antérieures au sein du service. Le nombre de patients hospitalisés en soins contraints n'a pas été communiqué.

En 2014, 56 patients ont été hospitalisés en soins contraints au sein de l'unité (16 ASPDRE, 7 ASPDT, 31 ASPDTU et 2 ASPPI) ; en revanche, les chiffres concernant le nombre total de patients hospitalisés au sein de l'unité n'a pas été communiqué.

Les patients sont généralement majeurs ; à titre exceptionnel un mineur peut être accueilli, l'espace de quelques jours, si le pôle PAJA est en difficulté pour ce faire. Ce type d'accueil aurait concerné deux mineurs pour les quatre dernières années ; la durée du séjour n'aurait pas excédé trois jours, en chambre d'isolement. Le dernier accueil de cet ordre, non précisément daté, concernait un adolescent ayant détruit la chambre d'isolement de l'unité C2 (mineurs).

La durée moyenne de séjour à l'unité A2, en 2013, était de soixante et onze jours.

Au moment du contrôle, vingt-trois patients étaient hébergés à l'unité, treize en soins libres, quatre en SPDRE, deux en SPDT, trois en SPDTU et un en SPI. Parmi eux, un était sous tutelle et six en curatelle renforcée.

Deux patients sont présents depuis plus de dix ans, faute de structure adaptée et de soutien familial.

La répartition des patients de l'unité A2, au 30 mars 2015, était la suivante :

Soins libres	13
Autorisation parentale (si mineurs)	0
Soins psychiatriques sur décision d'un représentant de l'Etat	4
Soins psychiatriques à la demande d'un tiers :	2
- SPDT	3
- SPDT urgence	
- SPDT péril imminent	1
Programme de soins	0
Ordonnance de placement provisoire (si mineurs)	0

Article D. 398 CPP	0
Mesures de protection juridique (tutelle ou curatelle)	7 (une tutelle et six curatelles renforcées)

5.2.2.4 Le fonctionnement de l'unité

Le règlement intérieur de l'unité a été validé en janvier 2015. Il est conforme au règlement type de l'établissement.

A L'arrivée

a. L'accueil

Les patients admis en soins contraints arrivent en ambulance et sont directement conduits dans le pavillon. Selon certains renseignements, la tendance, depuis plus d'une année, serait d'user plus qu'auparavant de la contention durant le transport, sous l'effet de revendications d'ambulanciers confrontés à des violences. Les patients détenus (trois en 2013, aucun en 2014) sont systématiquement menottés durant le transport. Il en va pareillement à leur départ, quand bien même leur état ne le justifie plus¹⁷.

L'unité est toujours prévenue d'une arrivée quel que soit le statut du patient et la chambre est préparée.

Les patients contraints sont détachés dès leur arrivée, à moins que leur état ne le permette pas. Seuls les patients détenus sont placés systématiquement en chambre d'isolement, où ils passent tout leur séjour.

Le port du pyjama ne concerne que les patients placés en chambre d'isolement et n'est aucunement envisagé pour les autres.

Le patient est reçu par un binôme soignant (généralement un infirmier et un aide-soignant). Le médecin intervient au plus tard dans l'heure. Le cadre de l'hospitalisation est expliqué, notamment le déroulement des jours qui suivent (nécessité d'un examen somatique, évaluation, nouvel examen médical dans les 72h).

b. Les informations transmises.

Les patients arrivant généralement au terme de vingt-quatre heures d'hospitalisation, la décision administrative ne leur a pas été notifiée ; cette notification est donc effectuée par le service, ainsi qu'il a été décrit plus haut (Cf. § 3). Il a été décidé que les aspects administratifs et juridiques seraient exposés par la secrétaire de l'unité, tandis que les éléments médicaux le seraient par le médecin.

Le certificat médical initial est remis au patient en même temps que le livret d'accueil et un imprimé relatif à la personne de confiance.

Les contrôleurs ont assisté à la notification d'une décision d'admission par transfert. Elle

¹⁷ Dans sa réponse au rapport de constat, le directeur observe, à juste titre, que l'utilisation des menottes ne relève pas du personnel soignant.

a été effectuée par la secrétaire de l'unité, en présence du médecin, dans l'heure suivant l'arrivée de la patiente. Celle-ci était alitée, son mari à ses côtés. La patiente a été informée de son statut « vous êtes hospitalisée en SDTU ; vous étiez à Versailles et vous avez été transférée chez nous » ; la décision d'admission lui a été rapidement présentée et son identité a été vérifiée « vous êtes madame X ; le directeur a écrit que vous étiez hospitalisée à la demande d'un tiers, en urgence ». A la demande de la patiente qui demandait « qu'est ce qui est écrit là ? », la secrétaire a répondu « c'est les droits du patient ; je vais vous remettre une copie et vous pourrez lire ; si vous n'êtes pas d'accord, vous pourrez contester ; vous pourrez demander des explications aux infirmières et au médecin ».

Plusieurs patients ont dit aux contrôleurs avoir reçu quelques explications dont ils n'avaient pas conservé le souvenir (« on m'a donné des papiers, je n'ai pas vraiment lu, je ne sais plus ce qu'on m'a dit ; je n'ai pas demandé plus »). D'autres se sont montrés plus critiques (« je suis allée à une conférence organisée à l'IMR, c'est là que j'ai vraiment compris mes droits ») ; certains ont dit n'avoir pas conservé le souvenir d'explications relatives, notamment au contenu du certificat médical initial.

Un tableau d'affichage délivre quelques informations relatives au fonctionnement des unités et de l'IMR (visites, accès à la bibliothèque, demandes de permissions de sortie...) ; le règlement intérieur y est affiché, ainsi que l'ensemble des informations mentionnées au chapitre 3.3.3, avec, cependant, les mêmes lacunes (rien sur le rôle de la CDSP et les coordonnées de ses membres notamment). Aucun élément d'information ne concerne spécifiquement les patients contraints (recours, saisine du JLD et des autorités, liste des avocats...).

B La détermination du projet de soins

a. La période initiale de soins et d'observation

A l'exception des patients détenus, qui sont orientés vers la chambre d'isolement, les premiers jours d'hospitalisation se déroulent le plus souvent sous le régime dit « pavillon strict », présenté comme un temps d'évaluation et de précaution ; il permet à l'équipe de conserver un regard quasi permanent sur le patient et lui évite les situations de danger dont il pourrait être victime ou auteur. Selon le discours soignant, le patient n'est pas enfermé dans sa chambre mais y est assigné à certains moments de la journée ; la porte n'est pas nécessairement fermée à clé ; il est indiqué : « on explique, on surveille, en général le patient comprend nos raisons ».

Il a été porté à la connaissance des contrôleurs que certains patients, qui s'étaient rendus difficilement supportables aux soignants, pouvaient être régulièrement confinés dans leur chambre pour des séquences de plusieurs heures par jour, pendant de longues périodes, y compris en dehors de la période d'observation et sans qu'il s'agisse nécessairement de patients contraints.

Cette pratique du « pavillon strict », variable dans sa durée mais généralement inférieure à une semaine, n'est en effet pas réservée aux patients admis sans consentement. Pour les patients admis en soins libres, elle s'effectue en principe avec leur accord, dans le cadre d'un contrat de soins dont il est dit qu'il est réellement élaboré avec le patient ; pour les autres, l'accord est recherché avant que la décision ne soit éventuellement imposée.

Pendant cette période d'observation, le patient n'est généralement pas autorisé à contacter sa famille ; en revanche celle-ci peut joindre l'équipe par téléphone. Une rencontre familiale – patient-famille-médecin-infirmier – est organisée dès la première semaine, limitant les conséquences de la rupture ; il s'agit à la fois de chercher et transmettre des informations et d'évaluer le soutien que la famille peut apporter (visites, retour).

Le patient est vu quotidiennement par le médecin et l'ensemble de l'équipe participe à l'observation, qui se traduit par une surveillance et, selon les situations, par des entretiens pluri quotidiens.

Un groupe « accueil » rassemble les nouveaux arrivants chaque lundi, ou plus tard pour ceux qui ont commencé leur séjour en chambre d'isolement.

b. Les soins

Le patient est suivi par un médecin référent, désigné amiablement selon les charges de chacun ou l'existence d'un suivi antérieur. Il a été fait choix de ne pas désigner d'infirmier référent ; la raison invoquée tient au fait que, n'ayant pas reçu de spécialisation en psychiatrie lors de leur formation initiale, les infirmiers pourraient se trouver en difficulté avec la question du transfert/contre-transfert ; en revanche, le service tente de mettre en place la notion d'infirmier référent du projet du patient et du suivi de son dossier de sorte qu'en pratique, le même infirmier accompagne aussi souvent que faire se peut le patient dans ses démarches les plus significatives.

Depuis 2011, un dossier patient informatisé est partagé entre le CMP et les unités A1 et A2. Il permet au médecin de l'unité de prendre connaissance du parcours du patient et des traitements antérieurs. A moins que des circonstances particulières ne le justifient, ce traitement est généralement reconduit, dans un premier temps. Il en va de même pour le patient qui vient de l'extérieur et qui est généralement muni d'une ordonnance. Le traitement est ensuite adapté en fonction des réactions du patient et de son ressenti. L'ensemble de l'équipe est sollicité pour observer l'adéquation du traitement et faire valoir ses observations. Le médecin détermine également les restrictions apportées à l'exercice des libertés : limitation de sortie, privation de téléphone et de visite...

Le traitement est dispensé au poste infirmier. Les contrôleurs ont pu constater que quelques patients attendaient derrière la porte ce moment qui rythme leur journée. Ils sont reçus individuellement. Cette rencontre a officiellement pour objet de repérer l'efficacité du traitement et ses éventuels effets secondaires ; il est également supposé permettre une forme d'éducation thérapeutique. Les contrôleurs ont pu constater que le passage était rapide, semblant toutefois permettre de répondre à une question du patient. Ceux qui ne se présentent pas spontanément sont appelés par un soignant qui, autant que de besoin, va au-devant du patient.

Les entretiens thérapeutiques s'effectuent toujours en binôme, médecin-soignant (généralement IDE) ; le rythme est individualisé mais il semble que chaque patient soit vu au moins une fois par semaine ; le contenu en est répertorié sur le dossier informatique.

Il est indiqué que l'accord du patient est sollicité à la sortie avant envoi d'un compte-rendu d'hospitalisation à son médecin traitant.

C La vie quotidienne

Le lever des patients s'effectue au plus tard à 8h ; le personnel fait, à cette occasion, le tour des chambres.

Les repas sont pris en commun, avec des soignants, dans la salle à manger et, pour près de la moitié des patients, au restaurant de l'IMR. Les horaires sont fixés par le règlement intérieur : 8h30 pour le petit déjeuner, 12h pour le déjeuner, 16h pour la collation et 19h pour le repas du soir. Le placement à table est libre. Les menus sont affichés. Quelques patients se sont plaints aux contrôleurs de certains propos tenus à table par les soignants et estimés infantilisans (refuser telle sauce à un patient au motif qu'il en a suffisamment ou qu'il n'en a pas besoin). Selon les renseignements recueillis, ce reproche est parfois formulé lors des réunions soignants-soignés et, malgré les recommandations faites aux soignants d'attendre la fin du repas pour, isolément, faire des observations à un patient qui le nécessite, certains peinent à adopter la délicatesse d'approche qui convient.

L'accès aux douches est libre entre 8h et 21h. Certains ont besoin d'être stimulés et il arrive qu'un planning soit réalisé à leur intention, afin d'assurer un minimum d'hygiène ; d'autres souffrent d'une pathologie nécessitant un accompagnement qui s'effectue dans une proximité plus ou moins grande (dans le local de douche ou derrière la porte), selon la personnalité et le souhait du patient.

La fourniture et l'entretien du linge personnel, ainsi que les produits de toilette, sont à la charge du patient. Les personnes démunies de ressources peuvent faire appel à l'assistante sociale pour obtenir des vêtements ; les produits d'hygiène sont également fournis aux plus démunis.

L'accès à la buanderie est possible aux personnes isolées, avec l'autorisation du personnel.

L'accès aux chambres est libre en journée ; elles sont munies de verrou et les patients peuvent s'isoler à l'intérieur. Il est interdit d'y recevoir quiconque, autres patients ou membres de la famille. Le motif avancé est celui de la protection : il s'agit d'éviter aux plus vulnérables de subir vols, racket et sexualité imposée. Les contrôleurs ont pu constater que des exceptions étaient possibles (le mari d'une patiente a été admis dans sa chambre lorsqu'elle est arrivée).

Certains patients disposent librement d'un poste de **radio**, d'un MP3, voire d'un **ordinateur** ; internet n'est pas accessible.

Les patients conservent, en principe, un libre accès à leur **tabac** et leur briquet. Une aide à l'arrêt de la consommation est proposée aux plus dépendants. Ceux qui éprouvent des difficultés à réguler leur consommation, ou ceux qui risquent de s'endormir avec la cigarette, peuvent se voir imposer des restrictions par le médecin ; il est indiqué qu'elles sont toujours précédées d'un entretien tendant à la recherche de l'adhésion.

Les patients sont majoritairement privés de leur **téléphone** lors de l'arrivée ; la situation est réévaluée quotidiennement et l'appareil leur est généralement remis le lendemain ou dans les jours qui suivent, selon leur état. Il semble qu'en pratique, la totalité des patients dispose de son téléphone, à l'exception de ceux qui sont isolés. Il est demandé aux patients de ne pas téléphoner de nuit. L'unité ne dispose pas de cabine.

Le courrier est libre et confidentiel. Papier et enveloppes peuvent être fournis, à la demande, mais non les timbres, qu'il est possible d'acquérir à la boutique. A l'arrivée comme au départ, le courrier peut être déposé et retiré au standard par les patients ; les mêmes opérations peuvent s'effectuer auprès des personnels soignants ; il s'agit là, est-il indiqué, d'une « médiation du quotidien », permettant de parfaire la relation thérapeutique.

La télévision, placée dans le salon commun, n'est présente que depuis « quelques années ». Son utilisation a été discutée avec les patients présents à l'époque : il a été convenu de l'allumer pour le journal de 20h et la météo qui suit, ainsi que pour le journal du vendredi à midi (la cafétéria étant fermée) ; en soirée, son usage est limité à trois fois par semaine, le choix du programme étant effectué en commun par un groupe de patients et de soignants ; il en va de même pour le programme du week-end, durant lequel l'usage peut être plus intense. Des exceptions restent possibles lors d'événements particuliers. Lors du passage des contrôleurs, de la musique était diffusée en sourdine, en journée.

Ainsi qu'il a été dit plus haut, **les visites** sont généralement interdites lors des premiers jours d'hospitalisation ; il s'agit à la fois de privilégier l'instauration du lien avec l'équipe soignante et de favoriser une mise à distance de la famille. Celle-ci reste prise en compte dans le projet du patient : elle peut joindre l'équipe durant la période de « rupture », elle est sollicitée pour un entretien familial avec le patient, pour des visites et des sorties.

L'unité n'est pas pourvue d'un local pour les visites et celles-ci ne sont pas autorisées dans les chambres. Les premières visites se déroulent à la salle à manger de l'unité – dont il convient de préciser qu'elle ne permet aucune intimité – et, si le besoin s'en fait sentir, sont médiatisées par un soignant ; elles peuvent aussi avoir lieu dans le parc ou à la cafeteria. Il est indiqué que les sorties en famille sont privilégiées ; elles sont précédées d'une évaluation en équipe et, au retour, sont suivies d'un bilan avec le patient et la famille.

Dans sa réponse au rapport de constat, le directeur indique que la limitation des visites en unité se justifie également par la nécessité de préserver l'anonymat des patients. Les contrôleurs observent qu'il appartient à l'établissement de prévoir une organisation et des locaux susceptibles de respecter à la fois l'anonymat des patients et le droit au maintien des liens familiaux.

Les activités ne sont pas considérées comme un élément essentiel du soin à l'unité A2, en raison des pathologies qui conduisent les patients à une forme de retrait et rendent difficile l'organisation d'activités mobilisant le corps et/ou l'esprit.

Le pôle ERMES (kinésithérapie, psychomotricité, activité physique adaptée, ergothérapie, diététique...) prend en charge quelques patients, individuellement et sur prescription médicale. Il n'a pas été possible de savoir si tous, et notamment les patients au long cours, bénéficiaient d'une telle prise en charge.

Quelques activités de groupe se déroulent au sein de l'unité. Au titre des actions plus ou moins pérennes sans être totalement régulières, ont été cités : football, qui réunit soignants et soignés, esthétique, journal, peinture, jeux de société.

A moins que le médecin n'ait prescrit une restriction, **les sorties** sont libres en journée, sur la terrasse et dans le parc de l'établissement qui lui-même n'est pas clos ; sont exclues les personnes maintenues en chambre ou en pavillon, ainsi qu'il a été dit plus haut.

Le règlement intérieur de l'unité exige du patient qu'il indique sur un cahier l'heure de sortie et l'heure prévue pour le retour, y compris lorsqu'il se rend dans le parc. Pour les patients en soins contraints, il est prévu de recueillir l'autorisation d'un soignant. Le cahier est entreposé dans la salle de soins. Cet aspect du règlement est mis en œuvre avec une certaine souplesse (« on travaille aussi avec la transgression ») ; il arrive de temps en temps d'aller rechercher un patient, tous statuts confondus, hors du parc, au supermarché voisin ; ce type d'intervention est le fait d'un agent de sécurité ; il intervient sur initiative de l'équipe et il est toujours accompagné d'un soignant, est-il indiqué.

Les sorties à l'extérieur de l'établissement sont autorisées par le médecin ; elles doivent être demandées 48h à l'avance et 72h pour les patients admis sans consentement.

Au moment du contrôle, il a été indiqué que, parmi les patients en soins contraints, un seul, admis en SPDRE depuis quatre mois, ne bénéficiait pas de permission de sortir à domicile : ses parents, âgés et déments, ne pouvaient l'accueillir ; des visites à domicile avaient été organisées avec les soignants ; ce patient se rendait au restaurant et à la cafeteria, accompagné.

Des sorties de quelques heures sont également organisées : à la piscine de Maurepas (commune voisine), au cinéma ou au restaurant. Le passé a vu quelques patients, dont l'un en soins contraints, bénéficier d'une sortie de trois jours dans un parc d'attractions de Normandie. Le fait a été relaté avec nostalgie, laissant entendre que ce type d'action était devenu beaucoup plus rare.

Au quotidien, les patients vont et viennent entre leur chambre et le hall central, équipé de fauteuils, tables et chaises permettant théoriquement, en divers endroits de la salle séparés les uns des autres, de s'isoler, de converser, de lire ou de jouer à un jeu de société. Des revues, datant de plusieurs mois pour la plupart, ont été déposées par des soignants ou laissées par des patients dans un coin de l'espace-salon ; une armoire renferme une trentaine de jeux de société, un dictionnaire et une dizaine de livres ; les contrôleurs ont pu constater qu'à certains moments de la journée, lorsqu'ils n'étaient pas occupés en soins ou réunions, un soignant s'attablait avec des malades. A l'exception de quelques-uns, qui se réunissent pour fumer devant le pavillon ou sur la terrasse donnant sur le parc, les patients paraissent isolés par, ou dans, leur pathologie. Ils déambulent, marquant ça et là des haltes de courte durée. Il est dit qu'une attention plus soutenue est portée aux patients au long cours, présents faute d'institution capable de les accueillir. Le personnel accepte parfois une plus grande proximité avec eux, qui peut se traduire par l'usage du prénom.

Les relations sexuelles sont, de fait, interdites au sein de l'unité, bien que le règlement intérieur n'y fasse aucunement allusion. Il arrive que des idylles se nouent et que des permissions soient accordées au même moment à un couple, en toute connaissance de cause. Le sujet n'est pas tabou ; il est notamment abordé si l'un des membres du couple apparaît sous domination ; en revanche, la question de la sexualité des personnes hospitalisées de longue date reste entière ; certains patients évoquent clairement leurs besoins en ce domaine et l'institution s'interroge sur la manière dont elle pourrait contribuer à les satisfaire dans des conditions acceptables (un patient a évoqué la possibilité de recourir à la prostitution).

Le coucher s'effectue à 22h30 au plus tard ; à moins que le programme télévisé ne conduise au-delà, les patients doivent avoir regagné leur chambre à cette heure. En pratique, beaucoup de patients ont rejoint leur chambre bien plus tôt. Au moment de la relève, à 21h30, l'équipe effectue un tour dans chaque chambre. Les patients disposent d'une sonnette leur permettant d'appeler le personnel, la nuit ; il est indiqué qu'un certain nombre préfère se relever directement, souvent pour éviter de déranger ; un nombre important d'entretiens thérapeutiques se déroulent dans ces conditions, pour répondre à l'angoisse.

5.2.3 L'unité C1 : psychiatrie aigüe de la personne âgée

Cette unité, non sectorisée, s'inscrit dans les filières gériatriques du territoire. Elle a pour mission d'évaluer sur le plan psychiatrique, cognitif et somatique des patients âgés de plus de 60 ans sans détérioration neurologique importante. C'est une **unité ouverte**, théoriquement de court séjour où la durée moyenne reste cependant supérieure à quarante jours en raison de la difficulté de trouver des solutions de sortie pour certains patients. Le taux d'occupation serait de 90 %.

5.2.3.1 Les locaux

L'unité C1 est installée dans un bâtiment situé en rez-de-chaussée et organisé en trois ailes autour d'un petit patio central arboré. Il dispose d'une rampe d'accès pour les personnes à mobilité réduite qui ne peuvent monter les quatre marches du pavillon.

L'entrée du bâtiment s'ouvre sur un hall d'accueil comportant un téléphone. Les plannings des groupes d'activité thérapeutique de l'unité, le nom et les coordonnées de l'équipe soignante sont affichés sur des panneaux. Le règlement intérieur de l'unité n'y figure pas.

Le hall d'accueil dessert:

- sur la droite, un couloir le long duquel se situent un salon d'accueil des familles qui peut être ouvert à la demande, onze chambres ainsi que des sanitaires communs (douches, WC) ; la salle de séjour/ télévision de l'unité qui propose des jeux en libre-service ainsi qu'une petite bibliothèque et des revues sont directement accessibles du couloir ; de grandes baies vitrées, situées sur deux côtés de la pièce lui donnent une lumière naturelle ; l'un des jours de la visite, trois patients s'y trouvaient ;
- à gauche, le local des soins où sont distribués les médicaments et à l'arrière de cette pièce le bureau des infirmiers.

Le hall d'accueil débouche directement sur la salle à manger où sont disposées cinq tables rondes, entourées de chaises. Spacieuse, elle est éclairée par une baie vitrée et était, le jour de la visite, « animée » par des décorations de Pâques, faites par les patients et l'équipe soignante.

L'ensemble hall/ salle à manger/ salon est un espace ouvert : il permet, selon les termes du projet de soins de l'unité, une observation discrète des patients (capacité aux déplacements...).

En face de la salle à manger, un deuxième couloir dessert l'office, des sanitaires communs et une série de bureaux (cadre, médecin, salle d'examen pour le gériatre, psychologue, assistante sociale), de locaux d'activité (ergothérapie, kinésithérapie) ou de matériel (local linge propre, linge sale, bagagerie). Une buanderie, où les patients peuvent laver leur linge personnel, accueille, en tant que de besoin et sous réserve d'un petit aménagement, un atelier d'esthétique animé par l'ergothérapeute référente de l'unité.

Le couloir de la troisième aile du bâtiment qui comporte quatre chambres ainsi que la chambre de sécurité dessert également la salle à manger.

Les quinze chambres, de même surface (13 m²) et de disposition identique, comportent toutes une fenêtre de plus d'1 m de large, ouvrant sur le parc. L'ameublement est standardisé : lit à une place (l'unité dispose de deux lits médicalisés à commande électrique), table de chevet, fauteuil, une chaise, placard (certains ferment à clé - l'équipe soignante disposant d'une deuxième clé -, d'autres non).

Un simple lavabo surmonté d'un miroir sert à la toilette. Les produits de toilette sont rangés sur des étagères basses placées contre le mur. Aucune chambre, hors la chambre de soins intensifs (Cf. *infra*), n'a de toilettes ou de salle d'eau individuelle. Les personnes âgées peuvent disposer pour la nuit d'une chaise percée ou d'un urinoir afin d'éviter des chutes lors des déplacements nocturnes. L'unité comprend cinq WC communs, dont l'un pour personne à mobilité réduite, et deux douches refaites à neuf. Elles sont de plain-pied et comportent une chaise et un tabouret, une rampe, une sonnette d'alarme. Il existe, en outre, deux salles de bain (dont l'une jouxtant la chambre sécurisée).

Une sonnette disposée au chevet de chaque lit permet d'appeler les soignants : l'appel déclenche également une lumière rouge dans le couloir placé en haut de la porte de chaque chambre.

Les chambres et parties communes sont propres et bien entretenues. On note des traces d'humidité et des dégradations sur les murs des chambres. L'isolation laisse à désirer, notamment au bout des couloirs qui ouvrent sur l'extérieur, contraignant à la mise en route d'un chauffage électrique d'appoint en cas de fraîche température.

5.2.3.2 Les personnels

L'unité dispose, outre d'un psychiatre, d'un gériatre qui réalise un bilan somatique des patients, au moment de l'entrée. Chaque patient a un médecin référent.

Les professionnels intervenant auprès des patients sont, pour la plupart, affectés intégralement à l'unité, le personnel du département ERMS intervenant de façon institutionnelle auprès de groupes de malades et de manière individualisée auprès de certains d'entre eux.

Effectifs des personnels affectés à l'unité C1 en 2015

2015	Unité A1	
	Nombre	Présents
Médecins		
Psychiatre	1	0,8
Gériatre	1	0,6
Interne	1	1
cadre sante	1	1
IDE	6,9 jour/soir ; 2 nuit	5 jour/soir ; 2 nuit
psychologue	1	1
aide-soignant	5 jour/soir ; 2 nuit	5 jour/soir ; 2 nuit
Kinésithérapeute	Interviennent en tant que de besoin et affectés au département ERMS	0,4
Psychomotricien	Interviennent en tant que de besoin et affectés au département ERMS	0,4
Ergothérapeute	Interviennent en tant que de besoin et affectés au département ERMS : un référent pour l'unité	0,4
Diététicien	Interviennent en tant que de besoin et affectés au département ERMS; une diététicienne référente	0,3
assistante sociale	1	0,5
secrétaire médiale	1	1 (partagée en cas de besoin avec l'unité A1)
agent de soins	4	3

Source : établissement

Le personnel soignant est organisé selon les mêmes règles que dans l'unité A1.

Comme à l'unité A1, la « norme » est la présence dans la journée et l'après-midi soir de trois soignants (infirmiers et aides-soignants). En cas d'absence, il peut être fait appel à des vacations ou au personnel d'autres unités.

Une étude du planning de l'équipe, le matin et l'après-midi/soir sur plus d'un mois (période du 12 janvier au 22 février), montre que cette règle a été intégralement respectée sur la période avec des trios variables (soit deux infirmières et une aide-soignante, soit deux aides-soignantes et une infirmière).

L'équipe soignante bénéficie de la supervision d'un psychologue une fois par mois et de séances de relaxation d'une demi-heure en deux groupes le vendredi.

5.2.3.3 Les patients

Les patients de l'unité sont orientés vers l'établissement par les maisons de retraite, les généralistes ou les hôpitaux du département mais également de la région. Les problématiques de sortie sont donc complexes, notamment pour trouver des structures d'aval ou envisager un retour à domicile avec soutien.

Si les patients présents le jour de la visite étaient tous en soins libres, l'unité accueille également, de façon très minoritaire toutefois, des patients sous contrainte, ce qui a été le cas en 2014 (treize patients en SDT). Les données 2013 n'ont pas été fournies.

Profil des patients le 30 mars 2015 hospitalisés dans l'unité C1

Profils des patients selon le statut d'hospitalisation	SDRE	SPDT	SL	Sous tutelle ou curatelles (tous statuts confondus)
Nombre	0	0	15	2
Sexe	10F ; 5H			
Age du patient le plus âgé	92 ans			
Age du patient le plus jeune	60			

Source : questionnaire mission

Aucun patient n'était placé en chambre d'isolement le jour de la visite.

Les fiches des patients hospitalisés, enrichies des spécificités quotidiennes des prises en charge (régimes, déplacement, entretiens médicaux, ateliers thérapeutiques, visites) figurent sur un grand tableau dans la salle des soins.

Tous les patients étaient habillés en tenue de ville le jour de la visite des contrôleurs.

5.2.3.4 Le fonctionnement de l'unité

A Le projet de soins de l'unité

Le projet de soins de l'équipe est en voie de formalisation.

La mission d'évaluation de cette unité de court séjour est articulée autour de trois types de soins.

- les entretiens : les entretiens médicaux interviennent au moins une fois par semaine en présence d'un infirmier ou d'une aide-soignante ; une visite hebdomadaire a lieu au lit du patient ;
- les évaluations des patients par des prises en charge spécialisées : elles sont réalisées par des prises en charge individuelles ou en groupe, effectuées en général par des professionnels de l'équipe ERMS en présence de soignants de l'unité: évaluation corporelle (groupe le jeudi de 14h15 à 15h15 animé par un kinésithérapeute et la psychomotricienne), ergothérapie d'une heure en petit groupe le mercredi ou le vendredi ; la prescription est médicale et l'évaluation s'opère au cours de trois séances, trois semaines consécutives ;

- les activités : quatre types d'activités à visée thérapeutique sont organisés institutionnellement par l'unité en présence de soignants ; leur indication est prescrite pour trois d'entre elles :
 - le groupe « télé » d'une heure mercredi après-midi permet aux patients qui le souhaitent (trois le jour de la visite) de choisir deux programmes de télévision qui se prolongent au-delà de 21h ;
 - le groupe « ça se discute », animé par une infirmière et une aide-soignante est une discussion libre, le jeudi au moment du goûter autour d'un thème choisi ; le jour de la visite, le sujet de débat était le temps avec évocation des saisons et des plantations à faire au printemps ; selon les termes du projet de soins de l'unité et l'observation des contrôleurs, ce groupe peine à trouver son rythme ;
 - le groupe « stimulation », organisé le vendredi de 17h à 18h, permet d'observer les capacités des patients de façon ludique (jeux, musique,..) ;
 - enfin, une réunion soignants/soignés est l'occasion d'évoquer la vie des patients dans l'unité.

D'autres groupes peuvent intervenir moins régulièrement et selon les demandes des malades: groupe esthétique, proposé le mardi, animé par l'ergothérapeute de l'unité (la semaine de la visite, aucun patient n'avait exprimé la demande d'y participer) ; groupe photo le mercredi matin sous la responsabilité d'un psychologue ; il a pour objectif de stimuler la communication et les souvenirs des patients ; groupe jardin.

L'ensemble des observations recueillies alimente les transmissions ciblées entre les soignants du matin et de l'après-midi/ soir ainsi que les réunions cliniques hebdomadaires qui rassemblent les professionnels de l'unité ainsi que les personnels référents de l'équipe ERMS afin d'élaborer et actualiser les projets de soins.

c. La vie quotidienne dans l'unité

Le règlement intérieur de l'unité C1 reproduit à peu de choses près celui du règlement-socle de l'établissement. Seules les spécificités de l'unité seront décrites ici.

L'admission dans l'unité s'effectue façon programmée compte tenu de la nature des patients admis et peut être précédée d'une pré-consultation. Elle se déroule selon le même protocole que dans l'unité A1.

Les contrats de soins. A son arrivée, après un bilan gériatrique et psychiatrique, le patient sera pris en charge pour une évaluation de ses capacités (Cf. *supra*). En fonction des observations recueillies, y compris dans les ateliers thérapeutiques de l'unité, un programme de soins est défini par l'équipe. Le dossier médical du patient, comme pour l'unité A1, consigne pour chacun d'entre eux, sur l'échelle EBM les risques présentés par le patient (chutes notamment), les contraintes qui doivent lui être imposées ainsi que la surveillance à laquelle l'équipe doit être attentive. Sur l'ensemble des hospitalisations de l'année 2014, les données anonymisées des patients montrent les résultats indiqués suivants :

Restrictions figurant dans les programmes de soins des patients hospitalisés dans l'unité C1 en 2014

Unité	total EBM 1/01-31/12 2014	% EBM chambres fermées	%contrats	%restrictions téléphone	% restriction permission	% nécessité accompagnement	% restriction visites	% déplacements hors pavillon	%repas en pavillon seul
C1	272	14,3%	22%	21,3%	78,3%	48,2%	18,7%	48,53%	90,44%

La prescription de chambre sécurisée est analysée plus loin.

L'organisation de la vie quotidienne des patients, cadrée par le règlement intérieur de l'unité, est fonction des contrats de soins de chaque patient.

Les traitements. Préparés dans des piluliers individuels par l'équipe de nuit, les médicaments sont distribués individuellement dans le local infirmier dont la porte est le plus souvent ouverte, le matin de 8h à 8h30, de 11h30 à midi, 15h45, de 18h30 à 19h et le soir à 20h30.

Selon les cas, **les repas** sont pour la majorité des patients pris dans la salle à manger (repas par petites tables de quatre où les malades se placent comme ils le souhaitent). Ils peuvent l'être au restaurant de l'établissement sous réserve de prévenir 48h à l'avance. Les horaires de repas sont les mêmes qu'à l'unité A1.

La fermeture **de l'unité** s'effectue à 21h.

5.3 Le pôle de psychiatrie et de psychopathologie pour adolescents et jeunes adultes

Les institutions en charge de la psychiatrie pour adolescents et jeunes adultes du Sud du département des Yvelines ont constitué un réseau susceptible d'offrir des réponses diversifiées : Dispasy (dispositif de soins psychiatriques pour adolescents du Sud des Yvelines). Les partenaires se réunissent régulièrement, tant pour adapter les filières de soins au plus près des besoins des patients que pour échanger sur les expériences cliniques.

Dix centres médico-psychologiques sont répartis sur ce territoire¹⁸, qui compte aussi deux hôpitaux de jour¹⁹. Lorsqu'une hospitalisation complète s'avère nécessaire, elle a lieu à l'IMR, en évitant, autant que possible, le passage aux urgences de Versailles.

Le pôle psychiatrie adolescents et jeunes adultes de l'IMR, dit « PAJA », accueille des adolescents et jeune adultes souffrant de troubles divers : troubles graves de la personnalité, troubles de la conduite alimentaire, troubles de l'humeur, troubles de type psychotique... Il compte trois unités :

¹⁸ Les CMP sont essentiellement au centre est du département (Versailles, Viroflay, Plaisir, Bois d'Arcy, Trappes, la Celle Saint-Cloud, Magny-les-Hameaux, Velisy, Fontenay-aux-Fleurs) ; un seul est situé au sud (Rambouillet).

¹⁹ Saint-Cyr et Rambouillet.

- C2 : unité de soins intersectorielle de quinze lits accueillant, pour l'essentiel, des adolescents de 13 à 18 ans, en situation de crise ou de « post urgence » ; deux places sont réservées à l'hospitalisation de jour ;
- B3 : unité de soins de vingt-six lits accueillant, en hospitalisation complète exclusivement, des jeunes adultes – 17 à 25 ans – présentant des pathologies de même type que les précédents ;
- C3 : unité de soins de vingt-six lits accueillant des jeunes de 16 à 25 ans souffrant également de troubles de la personnalité, en vue de leur réintégration scolaire ou professionnelle ; l'unité réserve trois places à l'hospitalisation de jour.

Le pôle se distingue par la place accordée à la dimension scolaire. Cet aspect est traditionnel au sein de l'IMR mais il a été renforcé par le constat qu'un nombre important de jeunes perdait une année scolaire, voire quittait le système, faute d'avoir pu, suffisamment tôt, intégrer une unité associant soins et enseignements. Ce constat a présidé à la création de l'unité C3, opérationnelle depuis 2012. Par ailleurs, le médecin chef de pôle est animé par la conviction qu'il est essentiel de maintenir les adolescents dans leur projet scolaire habituel, pour conserver le lien avec l'extérieur et ainsi éviter les ruptures. C'est ce qui préside au fonctionnement des deux autres unités.

Les contrôleurs ont choisi de se consacrer plus particulièrement à l'unité C2, dans la mesure où il s'agit d'une unité fermée – la seule de l'établissement – accueillant essentiellement des mineurs. Ils se sont également rendus à l'unité B3, qui accueille davantage de patients sans consentement que la précédente.

5.3.1 L'unité C2

L'unité C2 se situe non loin de l'entrée de l'établissement et face à l'unité A2, qui accueille les patients du secteur. Il s'agit d'une **unité fermée**. Les raisons avancées sont doubles : d'une part il s'agit d'adolescents accueillis, pour certains, en état de crise et susceptibles d'un passage à l'acte suicidaire ; d'autre part ils sont mineurs et risquent d'être confrontés à des patients majeurs, aux prises avec des problèmes de stupéfiants et d'alcool.

Le visiteur se signale en sonnant à l'entrée. Il n'y a pas d'interphone ; la sonnette retentit dans le bureau des infirmiers et l'un d'eux vient ouvrir.

L'unité pratique deux types d'accueil, en urgence et préparé.

Elle reçoit, dans les 24 heures, tout adolescent de l'inter secteur confronté à un problème psychiatrique et adressé par un service des urgences (en pratique les CH de Versailles et de Rambouillet), souvent après une tentative de suicide ou un acte d'automutilation. Il s'agit alors de pratiquer une évaluation (diagnostic, origine, risques de récurrence) et de mettre en place un suivi. Ce type de séjour est généralement de courte durée (deux à trois semaines).

L'unité reçoit aussi des jeunes adressés par leur médecin traitant ou tout autre soignant et dont l'accueil a pu être préparé dans le cadre d'une consultation de pré admission à l'IMR. Il s'agit généralement de troubles dépressifs, de phobies, de troubles de la conduite alimentaire, voire d'hypothèse de troubles de type psychotiques. Le séjour est généralement plus long.

La durée moyenne de séjour, tous types d'admission confondus, est stable et se situe autour d'un mois.

Le projet de soins vise à favoriser les liens avec l'environnement, au sens le plus large, et à préserver la scolarité ; il associe étroitement les parents et s'attache à offrir des modalités diversifiées, allant de l'hospitalisation complète à l'hospitalisation de jour, selon des séquences évolutives et individualisées.

En 2014, l'unité a accueilli quatre-vingt-deux patients différents, dont quatre en soins contraints, trois sur la demande de leur parent, en urgence (ASDTU) et un en ASDPRE. La majorité des jeunes accueillis se situe entre 14 et 16 ans.

La durée moyenne de séjour est stable, légèrement supérieure à un mois (33 jours en 2012 et 2013) ; elle est la plus basse de l'IMR. Le taux d'occupation est aussi le plus bas (entre 65 et 70 % environ).

La situation au moment de la visite de l'unité (1^{er} avril 2015) était la suivante :

	Unité C2
Nombre de lits	15
Nombre de chambres d'isolement	1
Nombre d'adolescents hospitalisés	7 mineurs
Nombres d'adolescentes hospitalisées	8 dont une majeure
Plus longue hospitalisation	4 mois
Patient le plus âgé	18 ans accomplis
Patient le plus jeune	13 ans
Nombre de chambres à un lit	16
Nombre de chambres à deux lits	0
Nombre de douches	16
Nombre de wc	17
Salle de bain	1

5.3.1.1 Les locaux

Le pavillon a été rénové en 2002. Les locaux sont spacieux, clairs, propres.

Le sas d'entrée ouvre sur un vaste hall, lumineux, dont les murs sont ornés de panneaux décoratifs, réalisés par les jeunes. Un pan de mur est constitué de larges baies vitrées donnant vue sur un grand jardin clos, arboré. Au centre du hall, un patio vitré donne à ciel ouvert ; il est décoré de mosaïques réalisées par les jeunes.

Cet espace central, situé à vue du bureau infirmier, est constitué de plusieurs zones :

- espace repas : constitué d'une série de tables mises bout à bout et formant une grande tablée ; la nappe est mise pour les repas ;
- espace détente : équipé de fauteuils, d'une table ronde et de chaises, d'un baby-foot, d'un poste de télévision et d'une armoire renfermant DVD et jeux de société ;
- espace déambulation : dans le prolongement de l'entrée, autour du patio et à proximité des coins repas et détente, se situe un espace central assez vaste, d'où partent les couloirs conduisant aux chambres, bureaux, salles d'activité ; patients et soignants s'y croisent ou s'y attendent, selon les moments de la journée.

Le pavillon compte deux grandes salles d'activités : une salle de classe équipée de quatre postes informatiques, d'une centaine de livres et revues et une autre, utilisée pour diverses activités de groupe : peinture, mosaïques, théâtre...

Une salle de bain est équipée d'une baignoire ; elle est utilisée sur prescription médicale.

Le secrétariat médical, les médecins, psychologues ont leur bureau en bout d'une aile, à distance des lieux de déambulation ; les adolescents n'y viennent que pour les entretiens.

Les chambres des adolescents, toutes identiques, sont réparties en deux ailes, dix d'un côté et cinq de l'autre. Leur surface est de près de 13 m², coin sanitaire compris. Le sol est recouvert de linoléum clair et les murs de papier peint uni, de couleur assortie ; les chambranles sont peints dans les mêmes tons, plus foncés. Une fenêtre donne sur le jardin de l'unité ou le parc de l'IMR, elle est pourvue d'un volet roulant, manipulable par le patient, contrairement à la fenêtre, dont l'ouverture nécessite l'intervention d'un soignant.

Le lit, de 90 cm de large, est recouvert d'un tissu assorti au papier peint. Le reste du mobilier est constitué d'une table d'angle tenant lieu de bureau, avec chaise, et d'une armoire – mi-étagères et mi-penderie – ; le tout est couleur bois clair. Au moment du contrôle, le service était en train de changer les armoires afin que toutes soient équipées d'un système fermant à clé. Un lit médicalisé est loué pour les patients dont l'état le nécessite ; tel est notamment le cas pour les patients anorexiques.

La salle de bain est carrelée ; elle comporte une douche – sans tuyauterie apparente – un lavabo en faïence et des WC avec abattant et tout le nécessaire.

Les chambres peuvent être décorées par les patients. Les portes, de la chambre et de la salle de bain sont dépourvues de dispositif permettant de les fermer de l'intérieur. Le personnel peut y accéder à tout moment.

L'unité possède une chambre d'isolement ; le recours à cette méthode sera abordé au chapitre 6.

5.3.1.2 Les personnels

Le personnel de l'unité est ainsi composé :

Unité C2	N	ETP
Praticien hospitalier responsable de l'unité (absente pour plusieurs mois au moment du contrôle)	1	1 ETP
Praticien attaché associé (responsable de l'unité en l'absence du responsable habituel)	1	1 ETP
Praticien associé	1	0,4 ETP
Interne	1	1 ETP
Médecin généraliste	1 pédiatre pour le pôle	1ETP
Cadre de santé	1	1 ETP
Secrétaire médicale	1	1 ETP
IDE Jour*/Nuit	10/2	9,20ETP/2 ETP
Aide-soignant J/N	0/2	0/2 ETP
Educateur	4	4 ETP
Assistante sociale	1	0,5 ETP
Psychologue	2	1 ETP
Professeur des écoles	1	1 ETP
Personnels ERMS ** (psychomotricienne, ergothérapeute, professeur d'arts plastiques, diététicienne)	En tant que de besoin	En tant que de besoin
Agents de soins**	4	4

**au moment du contrôle, une IDE travaillant à mi-temps connaissait de fréquentes absences ; une autre, travaillant à temps plein, avait été affectée pour un mois dans une autre unité, pour y combler un manque d'effectifs.*

*** le personnel dit « extra pavillonnaire » intervient ponctuellement, et sur prescription ; il est dit qu'il est difficile de quantifier son intervention, qui est fonction des patients.*

**** Les agents de soins sont considérés comme soignants et désignés comme tels par les autres personnels. Depuis le 1^{er} avril 2015, ils sont externalisés dans le cadre d'un contrat passé avec Sodexo. Au moment du contrôle, le cadre de l'unité n'avait pas reçu d'assurance quant au maintien de quatre temps plein. Les précédents agents étaient dédiés à l'unité et connaissaient les précautions à prendre avec les patients. Le premier jour du contrôle a coïncidé avec l'arrivée d'une jeune femme qui intervenait pour la première fois, seule, pour le ménage ; elle avait été accompagnée d'une autre, ancienne dans le service, lors du repas.*

Le médecin responsable du pôle PAJA vient à l'unité deux fois par semaine, à jour fixe et anime la réunion clinique du lundi ; bien que n'effectuant pas de suivi, elle rencontre les patients une fois par semaine ; elle intervient parfois dans les entretiens familiaux les plus délicats.

Le praticien hospitalier, psychiatre, responsable de l'unité depuis trois ans, était en congé pour plusieurs mois au moment du contrôle ; elle est remplacée par un psychiatre, praticien attaché associé, présent à temps plein au sein de l'unité depuis septembre 2014.

Un praticien attaché associé, qui intervient également dans l'unité A2, consacre 40 % de son temps à l'unité ; il est présent une demi-journée chaque jour, à l'exception du jeudi.

L'unité accueille régulièrement des internes, en stage pour six mois. Un interne était présent à temps plein au moment du contrôle.

Le pôle adolescent dispose d'un médecin pédiatre à temps plein, qui intervient, à la demande, pour tous les patients du pôle PAJA.

Qu'il s'agisse d'infirmiers, d'éducateurs ou d'agents de service hospitalier, tous les membres de l'équipe sont considérés comme « soignants ». L'équipe paramédicale ne compte, de jour, que des infirmières. Elles interviennent en binôme avec un éducateur, dont la présence, ainsi que celle de l'assistante sociale, est jugée particulièrement pertinente ; les problématiques psychiatriques des adolescents, en effet, sont souvent doublées de difficultés sociales et éducatives. Leur connaissance des structures extérieures permet des orientations plus rapides et mieux adaptées. Les éducateurs de l'IMR rencontrent les travailleurs sociaux en charge du suivi du mineur et, le cas échéant, l'accompagnent aux audiences. Les éducateurs extérieurs, à l'inverse, rencontrent les jeunes et les équipes dans l'unité. Au moment du contrôle, un adolescent était en passe d'être orienté vers un centre éducatif renforcé (CER).

L'équipe est décrite comme stable (la majorité est présente depuis plus de trois ans), disponible et soucieuse de formation. Le médecin responsable du pôle organise régulièrement des formations internes.

L'équipe de jour arrive à 7h et celle de nuit part à 7h15 ; l'équipe de nuit qui suit arrive à 21h15 et l'équipe de jour quitte à 21h30. Les moments de chevauchement sont utilisés pour les transmissions.

Les effectifs minimum sont, de nuit, de deux soignants dont au moins un IDE et, de jour, de trois soignants, deux IDE et un éducateur.

Il s'y ajoute, quatre jours par semaine, le professeur détaché de l'éducation nationale et, régulièrement, les personnels du pavillon ERMS, qui prennent en charge des activités individuelles ou de groupes. Un agent hospitalier est en outre présent de 8h à 20h.

Trois réunions hebdomadaires sont organisées au sein de l'unité, outre la réunion soignants/soignés :

- la réunion clinique, qui rassemble tous les professionnels, y compris ceux de ERMS ; on y étudie les projets d'entrée et de sortie ;
- la réunion d'équipe, qui rassemble tous les soignants de l'unité ; le cas de chaque patient y est évoqué ;
- la supervision, par un psychiatre extérieur.

5.3.1.3 Les patients

Ainsi qu'il a été dit plus haut, l'équipe reçoit des adolescents confrontés à des pathologies psychiatriques diverses : dépression, troubles anxieux, phobie scolaire, troubles alimentaires et – le diagnostic est avancé avec prudence compte tenu de l'âge – troubles psychotiques ; certains arrivent après un passage à l'acte suicidaire.

La moyenne d'âge est de 16 ans ; le projet initial était conçu pour des jeunes de 16 à 18 ans, il a évolué en fonction de la demande et l'unité reçoit désormais des jeunes dès l'âge de 14 ans ; au moment du contrôle le plus jeune patient, une patiente, était âgée de 13 ans ; le plus jeune patient accueilli par le service était âgé de 12 ans.

Les jeunes sont majoritairement confiés par leurs parents, tout particulièrement lorsqu'il s'agit d'accueil préparés. Les accueils en urgence peuvent aussi concerner des jeunes confiés au service de l'aide sociale à l'enfance voire, à titre exceptionnel, des jeunes confiés directement à l'IMR par le juge des enfants dans le cadre d'une mesure d'assistance éducative.

Ainsi qu'il a été dit plus haut, l'unité a accueilli quatre patients en soins contraints en 2014, trois sur la demande de leur parent, en urgence (SDTU) et un en SDRE.

Au jour de la visite de l'unité, quatorze patients étaient hospitalisés, dont treize mineurs. Tous les mineurs avaient été confiés par leurs parents. Une jeune majeure (18 ans accomplis) était en soins libres. Deux autres patients étaient suivis dans le cadre d'une hospitalisation de jour.

5.3.1.4 Le fonctionnement de l'unité

A- L'accueil

L'accueil est assuré par un binôme infirmier et éducateur. Il s'agit, selon l'état du patient, de rassurer, de présenter le fonctionnement du service et, le cas échéant, les personnes présentes.

L'inventaire est dressé à ce stade, contradictoirement. Tous les objets susceptibles de présenter un danger sont retirés (rasoir, coupe-ongle, lacets, parfum...). La famille est invitée à remporter les objets de valeur ; dans le cas contraire, ils sont déposés au coffre de l'IMR.

L'entretien médical est réalisé dans la journée, par le psychiatre de l'unité et l'examen somatique dans les 24h, par le pédiatre, le plus souvent.

Les premiers jours, il s'agit essentiellement de contenir la crise et de déterminer un traitement. Les observations des adolescents en soins contraints ne font pas, sur ce point, l'objet d'une procédure différente des autres.

L'arrivant n'est pas isolé des autres patient, ni invité à revêtir un pyjama. Au contraire, dès lors que son état le permet, il est intégré au groupe, au plus tôt.

Hormis la nécessité de rédiger les certificats médicaux obligatoires pour les patients en soins contraints, les premiers jours ne se traduisent pas par une observation particulière et formalisée : « l'observation est permanente », est-il indiqué.

La première semaine donne lieu à une séparation parents-enfant, dans la mesure où, souvent, ce lien est interrogé. L'équipe, en revanche, est à disposition des parents durant cette période, de préférence par téléphone.

B- Les soins

La prise en charge est élaborée par le médecin référent, en lien avec le patient. Elle comporte un traitement médicamenteux, des entretiens individuels et familiaux et des activités thérapeutiques.

Les traitements sont livrés à l'unité une fois par semaine ; l'équipe de nuit prépare quotidiennement les piluliers individuels pour le lendemain. Les traitements sont dispensés de manière individuelle, trois à quatre fois par jour, par une infirmière, dans un local dédié. Ils sont l'occasion d'un échange avec l'adolescent.

Le médecin responsable de pôle dit avec force que le soin relève d'une co-construction associant les mineurs – « ils savent ce qui est bon pour eux » – et leur famille.

Un médecin est désigné référent pour chaque patient. Il n'est pas désigné d'infirmier référent, celui-ci s'inscrivant plutôt en référence au groupe.

Les entretiens familiaux sont privilégiés et se déroulent au rythme moyen d'un entretien hebdomadaire par patient. Conduits par le médecin référent, ils associent toujours, selon leur objet, tantôt un infirmier, tantôt un éducateur. Le service fait en sorte que le même IDE ou le même éducateur soit présent. Il est dit que les parents, majoritairement, participent à ces entretiens.

Une fois par semaine, un groupe réunit soignants et soignés. Tous les sujets peuvent y être abordés : le règlement, les activités, un projet d'exposition ou de sortie, un thème (cannabis, sexualité...). De ce groupe, le médecin responsable de pôle dit qu'il constitue une forme d'auto-étayage pour les patients et qu'il facilite l'expression de la critique à l'égard des soignants.

Tous les quinze jours, en fin d'après-midi, un groupe réunit parents et soignants, pour l'ensemble du pôle.

Les activités thérapeutiques se déroulent sur prescription. Elles sont organisées par les soignants et les membres du pôle ERMS. Les activités de groupe sont privilégiées ; elles durent en général 1h30 par jour et réunissent de trois à huit patients ; chaque patient, en principe, bénéficie d'une activité thérapeutique par jour.

La semaine du contrôle, les activités se sont organisées comme suit (lorsque le nombre n'est pas précisé, l'activité vise en principe tout le groupe) :

- lundi après-midi : sport ;
- mardi matin : écriture (sept patients) ; mardi après-midi, football ;

- mercredi après-midi : ergo motricité (sept patients) ;
- jeudi matin, peinture ; jeudi après-midi, randonnée ;
- vendredi matin : esthétique (deux patients) ; après-midi, expression orale ou écrite.

Des activités ponctuelles s'ajoutent aux précédentes ; organisées par les soignants, elles varient selon les groupes, les saisons, les compétences des uns et des autres : basket-ball dans le jardin, ping-pong, jardinage, sorties...).

La scolarité tient une place importante dans le cursus de soins mais ne peut se dérouler selon un mode traditionnel.

L'enseignant effectue, dès que possible, un bilan scolaire ; il s'agit moins d'une évaluation de niveau que d'une appréciation du vécu scolaire, d'une analyse du cursus et du repérage des difficultés susceptibles d'entraver la scolarité.

La prise en charge globale intègre ensuite la dimension scolaire, davantage à travers des activités de groupes associant enseignant et soignants – ateliers d'écriture, activités de logique, activités artistiques, informatique – plus ludiques et moins menaçantes pour des adolescents en difficulté scolaire, que par des rencontres individuelles qui interviennent cependant une à deux fois par semaine, par séquences de quarante-cinq minutes. L'objectif est à la fois de redonner confiance, de susciter ou ressusciter le désir d'apprendre et de maintenir l'univers scolaire en tant que perspective acceptable par l'adolescent. A ce titre, il appartient à l'enseignant de maintenir le lien avec l'établissement d'origine et/ou de préparer une orientation adaptée.

C- La vie quotidienne

La vie quotidienne est régie par un règlement intérieur spécifique, tenant compte, dans une certaine mesure, des droits des parents.

Le réveil s'effectue vers 7h45 ; les soignants passent dans la chambre, « c'est l'occasion de dire bonjour et de demander comment s'est passée la nuit ».

Le petit déjeuner est servi à 8h30 ; il est pris en commun et se termine à 9h, les activités débutant à 9h30.

Une collation est servie à 16h. Les patients doivent rejoindre leur chambre à 22h ; des exceptions sont possibles, et planifiées (film à la télévision).

Les repas sont pris collectivement, en présence de soignants ; le déjeuner est servi à midi et le repas du soir à 19h. Même s'il s'agit d'adolescents et qu'il existe une dimension éducative dans la prise en charge, il est considéré que la notion de soins doit être primordiale : la table est mise par les soignants ; la seule contribution des patients est de déposer leur bol sur le chariot à l'issue du petit déjeuner.

Les contrôleurs ont pu observer que les repas constituaient des moments d'échanges et de convivialité. Les plats, de type « familial », sont apportés sur la table par un agent de service hospitalier et chacun se sert, sous le regard vigilant des autres car beaucoup estiment les rations insuffisantes. Les jeunes sont sensibilisés aux notions de diététique, d'autant que certains traitements augmentent la sensation de faim.

Les patients autonomes vont au restaurant de l'IMR, accompagnés de soignants. Au moment du contrôle, cinq adolescents avaient pris leur repas de midi au restaurant.

Ainsi qu'il a été dit plus haut, **la chambre et la douche** sont accessibles à tout moment, sur les temps libres ; des dispositions contraires sont prises pour certains types de patients (troubles obsessionnels de lavage, potomanie, boulimie...) ; la salle de bain de leur chambre est alors fermée. Faute de système de fermeture intérieure, il est impossible de s'enfermer dans sa chambre, hors décision d'un soignant ; il est interdit d'y recevoir. Le ménage est assuré par les agents hospitaliers ; il appartient cependant aux adolescents de tenir leur chambre propre et rangée ; l'introduction de nourriture y est interdite.

Le règlement intérieur interdit de recevoir dans les chambres comme de pénétrer dans la chambre d'autrui. **La sexualité** n'est aucunement abordée dans le règlement intérieur, contrairement au souhait d'une partie au moins de l'équipe, mais elle fait l'objet d'un interdit de fait, au sein de l'unité. Bien qu'il soit arrivé de retrouver deux adolescents flirtant dans leur chambre, l'interdit serait globalement respecté. Il n'a pas été fait état de plaintes de la part des adolescents, ni plus particulièrement des adolescentes. La surveillance de nuit, qui se traduit par des tours irréguliers dans les couloirs, permet de veiller au respect de cet interdit et tout particulièrement à la protection des patients vulnérables.

Le linge et les produits d'**hygiène** sont en principe fournis par les familles. En cas de difficulté, l'assistante sociale intervient pour compléter un vestiaire (un vestiaire a été créé au niveau de l'établissement, alimenté par les vêtements laissés par les patients et par le Secours catholique) et la pharmacie fournit le nécessaire d'hygiène.

L'utilisation de poste de **radio** ou d'appareil de type MP3 est autorisée, contrairement à celle d'appareils photographiques et vidéo. Il est demandé aux patients d'être respectueux des autres et d'utiliser des écouteurs.

L'usage du **téléphone portable**, comme des **appareils photo et vidéo**, est proscrit par le règlement intérieur, afin de notamment protéger le droit à l'image. Une cabine à carte située dans le hall permet de téléphoner ; ceux qui ne peuvent acheter de carte peuvent utiliser le téléphone du service, sur demande. L'accès au téléphone s'effectue dans le cadre d'un contrat de soins individualisé. Généralement, il est demandé au patient de ne pas téléphoner à quiconque durant la première semaine. Pendant cette période, les parents appellent le service. Par la suite, il est demandé aux adolescents de téléphoner de préférence en fin de journée.

Bien que le règlement intérieur ne le proscrive pas explicitement, il est interdit aux patients de disposer d'un **ordinateur** muni d'internet. Le règlement précise que la bibliothèque dispose d'ordinateur avec accès internet. La salle enseignant dispose également de tels équipements. L'utilisation s'effectue sous le contrôle d'un adulte. Le règlement intérieur de l'unité précise (article 1, *in fine*) que les possibilités d'utilisation des **appareils multimédias** sont étudiées avec le médecin, dans le cadre du projet de soins.

Les patients peuvent écrire et recevoir librement du **courrier**, à l'exception de ceux avec qui a été passé un contrat de soins contraire (il s'agit, en pratique, de patients souffrant de pathologies de l'alimentation, pour qui certains droits sont mis en œuvre sous certaines conditions, négociées avec le patient et sa famille). Le courrier peut être remis aux soignants ou directement postés au standard, auquel les patients accèdent aisément, avec un soignant. Inversement, le courrier reçu est distribué quotidiennement et sans contrôle. L'observation peut conduire à remarquer des difficultés en lien avec le courrier, elles seront alors abordées en entretien.

Un panneau affiché à l'entrée informe les patients de la possibilité de rencontrer un aumônier de divers **cultes**. La demande ne serait jamais formulée.

De la même manière, les demandes de régime conformes à des prescriptions alimentaires seraient très rares. Il n'est pas servi de repas confessionnels mais l'établissement peut s'adapter à une demande de repas sans porc, par exemple.

Le tabac. Il est interdit de fumer dans les locaux. Le règlement intérieur assimile la cigarette électronique au tabac.

Seuls peuvent fumer les mineurs autorisés par les parents, ainsi qu'il est prévu par le règlement intérieur ; l'autorisation est donnée par écrit. Parallèlement, une information est délivrée et une aide à l'arrêt est proposée. A cet égard, il a été observé que les jeunes s'étaient montrés particulièrement intéressés par une activité relative à l'influence du tabac sur l'environnement. Les mineurs autorisés conservent cigarettes et briquet. Le tabac n'est autorisé que dans le patio central, ce qui permet aux soignants, d'une part, de vérifier la hauteur de la consommation, d'autre part, de s'assurer qu'aucun patient non autorisé ne quémande ou ne partage une cigarette. Ces situations sont régulées lors des réunions soignants/soignés.

Un poste de **télévision** est placé dans le hall, dans l'espace « salon ». En semaine, il est autorisé à partir de 17h et coupé pendant le repas. Le week-end, l'accès est possible en journée. Le choix du programme se négocie au sein du groupe, sous le contrôle d'un soignant. Le choix ne poserait guère difficulté, les adolescents étant majoritairement attirés par les mêmes séries. En soirée, la télévision est accessible deux fois par semaine, selon un programme choisi en accord entre le groupe et les soignants.

L'accès au **prêt de livres** de la bibliothèque est soumis au dépôt d'un chèque de caution, comme pour les majeurs.

Les visites sont autorisées le week-end, l'après-midi (de 13h30 à 18h30) et, de manière exceptionnelle, en semaine ; l'argument justifiant ce caractère restrictif tient à la nécessité de privilégier le lien avec l'équipe soignante et la participation aux activités thérapeutiques ; elle vise aussi à réguler les relations avec une famille parfois toxique ou envahissante. Ces visites se passent dans une salle de réunion située à l'entrée de l'unité ou dans le parc ; les visiteurs n'ont pas accès à la chambre du patient. A titre exceptionnel, il est possible d'envisager un repas pris en commun au restaurant de l'IMR, à charge de le prévoir 48h à l'avance. De manière également exceptionnelle et sur décision médicale, il arrive de suspendre les rencontres, de les limiter ou de les médiatiser. La décision est expliquée au patient et à sa famille.

Les parents demeurent les interlocuteurs privilégiés pour continuer les soins antérieurement entrepris (orthodontie) mais aussi pour conduire leur enfant en consultation extérieure. Les rencontres s'organisent donc également à ces occasions.

Des « permissions » sont mises en place, le plus tôt possible, en fonction de l'évolution de l'état du patient et des relations entretenues avec la famille. L'objectif est de parvenir à des journées puis des week-ends en famille dans les meilleures conditions et les plus brefs délais. Au moment du contrôle, il est indiqué que cinq ou six jeunes en moyenne – les plus récemment arrivés – sont présents dans l'unité le week-end.

Le linge et autres objets apporté par les familles sont soumis au **contrôle** de l'équipe, prévu par le règlement intérieur. Un inventaire est réalisé à chaque retour du jeune. Le règlement intérieur prévoit la possibilité de pratiquer un éthylotest ou une recherche de stupéfiants dans les urines. En pratique, au retour, le patient est accompagné dans sa chambre et invité à vider le contenu de sa valise, qui est contrôlé, à vider ses poches et enlever ses chaussures. Il n'est pas signalé de tentatives d'introduction de produits stupéfiants.

Le règlement intérieur indique, à propos des **sorties** : « lorsque votre état clinique le permet, des sorties en dehors de l'unité sont possibles, notamment dans le parc de l'institut. Si vous êtes âgé de moins de "15 ans et 3 mois" vous serez accompagné ». Le règlement indique également que les « permissions » à l'extérieur sont évoquées avec les représentants légaux avant validation par le médecin.

L'unité est dotée de deux grands jardins, dont l'un équipé d'un panier de basket-ball et d'une table de ping-pong (hors d'usage lors du contrôle) ; il est accessible aux patients, en présence d'un soignant. Le règlement intérieur indique que le jardin est ouvert de 10h15 à 21h30 ; en pratique, il est fermé le matin et n'ouvre, l'après-midi, qu'entre 16h et 18h30 environ, en hiver.

Les sorties hors du pavillon sont en pratique fréquentes et toujours accompagnées : restaurant, bibliothèque, sport, achats à l'extérieur.

Les fugues sont considérées comme peu nombreuses : six en 2014, ce qui constituerait un maximum. Elles font l'objet d'une déclaration à la police et d'une information des parents ou du service de sécurité.

Globalement, les contrôleurs ont constaté une ambiance paisible, faite de présence, de dialogue et de fermeté. Les jeunes ne sont pas apparus diminués par leur traitement et se sont montrés parfaitement capables d'échanges, entre eux et avec les contrôleurs auprès de qui, souriants et protestataires, ils ont abondamment évoqué leur ennui.

La prise en charge des adolescents, telle que décrite par l'équipe, est apparue respectueuse des spécificités de l'adolescence et des droits des parents. Il convient cependant de relever que le règlement intérieur n'évoque les parents (ou les représentants légaux) que par deux fois, à l'occasion des autorisations de fumer et des autorisations de sortie, alors même que la pratique semble opportunément englober une information et une consultation plus larges.

Enfin, les contrôleurs s'interrogent sur la limite de « 15 ans et trois mois », âge en deçà duquel les sorties dans le parc sont accompagnées.

Sur ce dernier point, le directeur, dans sa réponse au rapport de constat, invoque la nécessité de protéger tout particulièrement les mineurs non susceptibles d'être admis en secteur adulte de tout contact avec ces derniers.

5.3.2 L'unité B3

L'unité B3 est une unité ouverte qui peut accueillir vingt-six patients âgés de 17 à 25 ans (sauf exception), très majoritairement en soins libres. Elle constitue une des trois unités du pôle PAJA (patients adolescents et jeunes adultes).

Sa mission vise dans un premier à gérer la crise, puis à évaluer l'état du patient et enfin à l'accompagner vers une plus grande autonomie (hygiène corporelle, entretien du linge, gestion du budget et du téléphone, etc.).

Les pathologies concernent des troubles graves de la personnalité (psychose de type état-limite, troubles de l'humeur, névroses aiguës, dépendances diverses).

La durée moyenne de séjour, en 2013, était de 78 jours (contre 108 jours en 2009, à titre d'exemple) ; celle de l'IMR est en moyenne de 69 jours.

En 2013, le taux d'occupation de ce pavillon s'est élevé à 86 %. 140 admissions ont été enregistrées, dont 42 pour des nouveaux patients.

La tranche d'âge la plus représentée est celle des 19/24 ans et concerne 41 % des patients.

Quant au rapport Hommes/Femmes, il se répartissait, en 2013, assez équitablement : 60 % d'hommes contre 40 % de femmes.

Au premier jour du contrôle, le 30 mars 2015, la situation était la suivante :

Nombre de lits	26
Nombre de chambres d'isolement	1
Nombre d'hommes	13
Nombre de femmes	9
Plus longue durée d'hospitalisation	16 ans
Patient le plus âgé	61 ans
Patient le plus jeune	17 ans
Nombre de chambres à un lit	26
Nombre de douches	7
Nombre de WC	6
Nombre de salles de bain	2

Le statut des patients hébergés se déclinait comme suit :

Soins libres majeurs	19
Autorisation parentale (mineurs)	2
Soins psychiatriques sur décision d'un représentant de l'Etat	0
Soins psychiatriques à la demande d'un tiers	1
- SPDT	1
- SPDT urgence	0
- SPDT péril imminent	
Programmes de soins	0
Ordonnance de placement provisoire (mineurs)	0
Article D. 398 CPP	0
Mesures de protection juridique (tutelle ou curatelle)	6 (2 tutelles, 4 curatelles)

Cette unité accueille d'une part des patients psychotiques nécessitant une prise en charge assez longue (trois ans environ) et d'autre part, sur la base d'une convention avec d'autres hôpitaux des Yvelines, travaille dans l'urgence un projet de réadaptation avec des jeunes patients, avant leur réorientation sur un secteur de psychiatrie.

La durée moyenne de séjour, en 2014, était de 62 jours, soit en diminution sensible par rapport aux années précédentes.

5.3.2.1 Les locaux



Entrée du pavillon B3

L'architecture du pavillon d'hébergement ne diffère guère de celle des autres : une entrée, avec à droite la salle de détente et à gauche la salle de repas ; deux couloirs (droite et gauche) desservent les chambres de 13 m².

Il a été indiqué au contrôleur qu'accueillant un public de jeunes adultes, les chambres demeuraient personnalisables (posters, photos).

L'unité dispose d'une chambre d'isolement ; le recours à cette procédure sera évoqué au chapitre 6.

5.3.2.2 Le personnel

Placé sous la responsabilité d'un médecin psychiatre et d'un cadre de santé, tous deux rencontrés par le contrôleur, l'unité B3 se composait au jour de la visite de l'effectif suivant :

- 2 médecins praticiens-hospitaliers à temps plein ;
- 1 interne ;
- 1 cadre de santé ;
- 1 cadre supérieur de santé (pour les unités B2, B3, C3) ;
- 10 infirmiers (9,1 ETP) ;
- 4 aides-soignants ;
- 4 agents de soins (relevant de la société *Sodexo* depuis le 1^{er} avril 2015) ;
- 4 ASH ;
- 1 psychologue à temps plein ;
- 1 assistante sociale (0,5 ETP) ;
- 1 secrétaire ;
- 1 diététicienne (0,5 ETP).

La nuit, de 21h15 à 7h15, un infirmier et un aide-soignant sont présents dans l'unité mais ces agents ne travaillent jamais en journée et connaissent donc peu les patients.

Il y a trois rondes de nuit, en binôme, au sein de l'unité.

5.3.2.3 Les patients

L'unité B3 est caractérisée par la jeunesse de ses patients, bien que quelques personnes hébergées, suivies depuis longtemps par les médecins psychiatres, dépassent l'âge de 25 ans (le plus âgé a 61 ans).

Comme dans tout l'IMR, les patients portent leurs vêtements personnels.

Au jour de la visite, vingt-trois patients étaient hébergés, dont un très fort pourcentage de soins librement consentis (dix-neuf majeurs et deux mineurs, soit vingt et un patients).

5.3.2.4 Le fonctionnement

Diverses réunions rythment la semaine :

- le mardi matin : réunion clinique, sous la conduite du médecin chef responsable de pôle ;
- le jeudi : de 9h30 à 10h15, réunion soignants-soignés, animée par une psychologue, sur les problèmes rencontrés au sein du pavillon ; elle réunit tous les patients ;
- le jeudi à 14h : réunion d'équipe, co-animée par le cadre de santé, les médecins et les psychologues ; elle a pour objet d'échanger sur les pratiques ou les situations de patients et de définir un mode général d'organisation de l'unité.

La prise en charge des patients reste organisée selon des groupes thérapeutiques :

- groupe accueil : les lundi et mercredi, à raison de quatre séances par patient ;

- groupe pavillonnaire : le mardi, en groupe restreint de patients, organisé par une psychologue ;
- groupe parents : un mercredi par mois, animé par le médecin-chef de pôle ;
- classe thérapie : le lundi soir, à l'attention de tous les patients ;
- prise en charge par les professionnels du département ERMS : sur indication médicale décidée en réunion clinique, les patients bénéficient d'une prise en charge individuelle et adaptée (kinésithérapie, psychomotricité, ergothérapie, activité physique adaptée, ...) ;
- sorties *extra-muros* ponctuelles (par exemple, bowling), à visée évaluative et thérapeutique.

Des référents du programme ERMS peuvent également se déplacer au sein de l'unité, ponctuellement.

A son arrivée dans l'unité, le patient est accueilli par un personnel infirmier qui lui explique notamment son organisation et le conduit en chambre.

Les chambres offrent une surface de 13 m². Elles apparaissent bien tenues et claires mais le mobilier est un peu défraîchi.

Un temps d'observation de sept jours est instauré, durant lequel le patient n'a généralement pas accès au téléphone ni à des visites et déjeune au sein du pavillon.

Progressivement, le patient aura accès au self de l'établissement (accompagné les premiers jours par un soignant) et aux activités, toujours décidées en équipe le jeudi.

Par ailleurs, est institué un temps en chambre fermée, par exemple de 10h à midi, puis de 14h à 16h et enfin, de 17h à 18h30.

L'unité B3 est la seule à ne pas avoir installé de poste de télévision dans la salle commune de détente. Selon les informations recueillies, la moitié des patients la réclamerait. Aucun écran n'est d'ailleurs autorisé (tablette, MP3, ordinateur, etc.). Seule la radio est permise, en chambre ; une chaîne hi-fi est par ailleurs installée dans la salle commune.

On trouve dans cette salle de nombreux jeux de société, neufs ou en bon état.

L'argent de poche est géré par les soignants et placé dans un coffre.

Au quotidien, la gestion des cigarettes se révèle extrêmement précise (par exemple, pour un patient : une cigarette à 9h, sept après la douche, cinq après 12h45, cinq après 16h30, deux à 19h45).

Il est formellement interdit de fumer dans le pavillon : un substitut nicotinique est proposé.

Le personnel veille à empêcher toute relation sexuelle ; il veille également à l'absence d'alcool et de tout trafic ou consommation de produits toxiques.

Enfin, il convient de relever que tous les soirs, à 20h30, une tisane est proposée aux patients.

5.4 L'hospitalisation des personnes détenues

Bien que située à quelques kilomètres de la maison d'arrêt des hommes de Bois d'Arcy et de la maison d'arrêt des femmes de Versailles, l'IMR de La Verrière ne reçoit que très exceptionnellement des personnes détenues. En conséquence, il n'a pas été établi de protocole avec ces établissements pénitentiaires. Il est acquis que, si une personne détenue venait à être hospitalisée sous contrainte, elle serait d'office placée dans une chambre d'isolement du pavillon A2. Aucune mesure particulière n'a été édictée autre qu'une ouverture de la porte de la chambre par un binôme constitué d'un soignant et d'un agent de sécurité.

L'hébergement en ce lieu entraînerait de fait l'absence de visites, de promenades, de télévision ou d'activités. Selon une cadre de santé interrogée, seul le prêt de magazines ou de livres pourrait être envisagé.

Aucune donnée chiffrée n'a pu être communiquée en la matière aux contrôleurs sur les cinq dernières années.

Bien que l'accueil de patients détenus soit exceptionnel, les contrôleurs tiennent à rappeler que l'isolement ne saurait être systématique et que la restriction de droits ne peut résulter que de prescriptions médicales en lien avec l'état du patient et non avec son statut.

6- LE RECOURS À L'ISOLEMENT ET À LA CONTENTION

6.1 La procédure d'isolement : protocole et pratiques

6.1.1 Les protocoles

La mise à l'isolement des patients hospitalisés à l'IMR fait l'objet d'un protocole en voie de validation au moment du contrôle, et validé depuis lors.

Celui-ci, qui met en préambule l'accent sur les droits des patients, précise :

- l'obligation d'une prescription médicale, fondée sur une évaluation pluridisciplinaire ; dans les cas d'urgence, le placement à l'isolement, organisé par l'équipe soignante doit être confirmé dans les 10 minutes par un psychiatre de l'unité ou de garde ;
- l'impératif de répondre à des objectifs de sécurité pour le patient (risques suicidaires, automutilations, fugues pour un patient sans consentement) ou pour son environnement (agressivité) : la punition, le manque de personnel ou son confort ne sauraient justifier la mesure ;
- avant la décision, la nécessité d'une analyse bénéfices/risques, notamment somatiques, qui conduit à effectuer un certain nombre d'analyses sur le patient (ECG, bilan biologique, etc.)
- l'impératif de surveillance par les soignants (prise régulière des constantes, surveillance somatique et psychiatrique régulière) et la réévaluation quotidienne de la prescription par le médecin.

La levée de l'isolement doit être suivie d'un entretien médical avec le patient pour évaluer son vécu de l'épisode.

Si le patient est en soins libres, il doit être informé de ses droits et signer un contrat de soins qui valide son adhésion à la mesure. Si le patient n'adhère pas à la proposition et que l'équipe estime que son état nécessite un isolement, le mode d'hospitalisation doit être transformé en soins sans consentement. L'information sur les droits doit être effectuée également aux patients hospitalisés sans leur consentement et l'adhésion recueillie autant que faire se peut.

La mise à l'isolement recouvre plusieurs réalités à l'IMR. Elle peut être effectuée dans la chambre d'hébergement que l'on a fermée et sécurisée en coupant l'eau, en retirant les meubles ou le miroir : la dénomination est alors « chambre classique mise en sécurité ». Il existe d'autre part des chambres spécifiquement dédiées à l'isolement, dites, au plan administratif, « chambres de sécurité psychiatrique » mais plus fréquemment nommées par les personnels « chambres d'isolement » ou « chambres de soins intensifs ». Ces deux modalités sont distinguées dans les dossiers informatisés.

Pour la mise en isolement (chambre classique ou chambre de sécurité psychiatrique), le dossier informatisé du patient est documenté des indications sur l'information du patient, de la famille du tuteur ou de la personne de confiance. Il l'est aussi des conditions matérielles de l'isolement : coupure de l'eau, enlèvement des meubles, du miroir, fouilles, mise ou non en pyjama, nombre des soignants à l'entrée dans la chambre ou aux repas, accès libre à la toilette, autorisation de fumer dans la chambre, repas à l'extérieur de la chambre, sorties de courte durée de la chambre, y compris pour fumer. La mise sous sédation et/ou contention doit être renseignée. L'ensemble de ces informations figure dans un module spécifique « mise en chambre sécurisée » —EBM— de l'application OSIRIS : comme on l'a vu, la dénomination recouvre en fait deux modalités de mises en isolement.

L'établissement a communiqué à la mission l'ensemble des EBM concernés par la mesure d'isolement en 2014 pour les patients des unités A1, A2, C1, C2, B3. Ces relevés peuvent concerner le même patient pour autant qu'il ait été mis plusieurs fois à l'isolement.

Si les informations ne permettent pas d'observer la prévalence des mises à l'isolement parmi l'ensemble des patients, elles montrent pratiquement :

- la diversité des régimes de placement à l'isolement, qui peuvent être séquentiels (moments dans la journée) ou complets (toute la journée) ;
- leur évolution ;
- les différentes modalités que peut prendre la mesure (sorties possibles, autorisation de sorties pour les repas, cigarettes etc..).

Elles mettent également en lumière le pourcentage important des patients hospitalisés sans consentement parmi ceux placés à l'isolement dans le pôle adulte de l'établissement ainsi que l'étendue de l'information (déclarée) des patients et de leur environnement sur la privation de liberté.

6.1.2 Les statistiques relatives à l'isolement

Caractéristiques des épisodes d'isolement des patients mis à l'isolement (chambre classique ou chambre de sécurité psychiatrique –CSP-) en 2014 dans les unités A1, A2, C1, C2 et B3

Unités	A1	A2	C1	C2	B3
Total épisodes isolement 1/01-31/12 2014	252	479	27	250	322
% épisodes concernant des patients sous contrainte	91,2	90,6	96,3	58,5	83,3
%patients informés	92,9	96	100	100	94,1
%famille informée	87	78	70,4	87,45	82,9
% tuteur informé	15,9	18,6	0%	8,85	7,5
%personne de confiance informée	54	44	70,3	46,4	60,9
%mise en pyjama	77,9	87,3	81,4	78,4	60,9
%fouilles	98,7	94,8	92,6	61,2	82,6
%accès libre toilettes	55,2	56,7	77,8	19,35	40,2
%coupure eau	39,6	78	7	26	30
%meubles enlevés	78,2	75,6	14,8	39,3	48,6

Source : exploitation mission des EBM anonymisés transmis par l'IMR

Une étude faite à la demande de la mission par l'établissement sur les cinq derniers patients des unités A1, A2, C1, C2, B3 mis à l'isolement, soit vingt-cinq patients en 2014, permet de tracer un historique des épisodes d'isolement dont ils ont été l'objet, qu'ils aient eu lieu en chambre classique sécurisée ou en chambre de sécurité psychiatrique. Plusieurs observations peuvent être faites sur l'échantillon :

- le placement à l'isolement en chambre d'hébergement sécurisée intervient plus fréquemment que celui en chambre sécurisée : cinquante-huit épisodes en chambres classiques sécurisées contre trente-huit en chambre de sécurité ;
- près de 80 % des vingt-cinq patients observés ont connu des isolements dans les deux types de chambres ;
- certaines unités d'hospitalisation utilisent davantage les chambres de sécurité que l'isolement en chambre d'hébergement classique : 27 % des placements en chambre de sécurité concernent des patients de l'unité B3 ; en revanche, les mises à l'isolement de l'unité A1 s'effectuent presque autant par le recours aux chambres de sécurité (56 % des mises à l'isolement) que par la mise en sécurité des chambres classiques (44 % des isolements) ;
- les durées les plus fréquentes de mise en chambre de sécurité pour les vingt-cinq patients concernés sont de 2 à 7 jours (dix-huit épisodes sur trente-huit) mais six séjours sur trente-huit ont duré plus d'une semaine.

Ces observations sont d'interprétation délicate. L'échantillon est petit, la période est courte, la nature des pathologies des patients dans les unités et entre les unités très hétérogène et susceptible de varier dans le temps. Il serait sans doute plus intéressant de comparer sur une période plus longue les pratiques d'isolement dans chacune des unités, leurs constantes et leur variabilité (ce qui n'a pas été possible dans le cadre de la mission, compte tenu du caractère récent de l'informatisation de ces données).

6.2 La mise en œuvre de l'isolement dans les unités

6.2.1 L'unité A1

Cette unité n'est pas pourvue d'une chambre d'isolement mais deux chambres ordinaires ont été sécurisées : le mobilier a été enlevé et le matelas posé au sol.



Une chambre sécurisée

6.2.2 L'unité A2

L'unité A2 dispose de deux chambres d'isolement identiques ; situées à proximité l'une de l'autre, elles partagent une salle de bain commune. L'entrée s'effectue soit directement dans la chambre, soit en passant par la salle de bain. Chaque chambre est séparée de la salle de bain par une double porte faisant sas. Les portes d'accès aux chambres sont munies d'une imposte et donnent vue sur l'ensemble de la pièce, WC compris.

Le sol de la chambre est carrelé, les murs recouverts de papier peint de couleur claire ; l'ensemble des équipements (radiateur, climatiseur, plafonnier) sont protégés. Une fenêtre munie de bandes pare-vue permet une vue interstitielle vers le parc ; elle ne peut être ouverte que par un soignant.

Le lit – sommier de mousse dense, recouvert d'un matelas d'une largeur de 1m – est toujours prêt à l'accueil d'un patient (couverture, draps, oreiller ; chemise de nuit) ; il est équipé de porte-sangles. L'interrupteur et une sonnette sont placés à la tête. Dans un angle de la pièce, une cuvette de WC est encastrée dans un bloc de béton.

Une horloge, difficilement visible depuis le lit, a été placée dans l'imposte de la porte d'entrée, côté extérieur.

Le local sanitaire comporte une douche, un lavabo en métal surmonté d'un miroir en matière plastique. Les équipements sont sécurisés et n'offrent pas de prise au patient.

L'ensemble est propre et en bon état (réfection en 2012).

Le médecin responsable de l'unité indique que la chambre d'isolement est utilisée en cas d'agitation aiguë et exclusivement sur prescription médicale. La surveillance s'opère par de fréquents passages infirmiers (toutes les deux heures au moins) et par une visite du médecin, deux fois par jour. La question du maintien en chambre d'isolement est posée quotidiennement en équipe. Le séjour est en moyenne d'une semaine ; la sortie s'opère progressivement et passe par une période en chambre normale fermée. La surveillance infirmière, au début, s'y opère aussi fréquemment qu'en chambre d'isolement. Le médecin rencontre les patients deux fois par semaine. Des temps d'ouverture sont mis en place (pause cigarette, repas de groupe), qui augmentent peu à peu jusqu'à ce que le temps passé en chambre fermée ne soit plus que résiduel.

Le placement en chambre d'isolement, *stricto sensu*, est plus fréquemment utilisé pour les arrivants que le service ne connaît pas, et plus particulièrement pour les personnes en soins contraints, dès lors que le CH aura attiré l'attention de l'IMR sur leur état. La proportion de personnes en soins contraints placée en chambre d'isolement est évaluée à trois sur cinq environ.

L'unité est la seule à disposer d'un matériel de contention – sangles – dont l'usage serait très rare ; il a été évoqué un cas pour l'année 2014, s'agissant d'un patient ultérieurement admis en UMD (unité pour malades difficiles). Les chiffres communiqués par la direction (Cf. § 6.3) montrent qu'il pourrait être un peu plus fréquent dans la réalité que dans le discours des soignants, sous réserve de la difficulté à dénombrer le nombre exact de patients différents concernés par la mesure.

Si un état d'agitation intervient pendant le séjour, ou s'il s'agit d'un patient connu, il est préférentiellement recouru au « placement (à l'isolement) en chambre d'hébergement », porte fermée la journée, dans un premier temps. Les chambres n'étant pas munies de toilettes, il a été dit qu'une chaise percée était placée dans la chambre ; le rapport d'activité 2013 évoque, quant à lui, des seaux hygiéniques, pour en dénoncer le caractère indigne. Cet état de fait, qui semble perdurer (chaise percée ou seau hygiénique) est regretté par certains personnels qui estiment que le placement en isolement ne dispense pas d'accompagner les patients aux toilettes.

Il peut arriver que l'état d'un patient en soins libres nécessite un placement en chambre de soins intensifs, y compris en urgence ; une procédure est immédiatement mise en place en vue d'une mesure de soins contraints.

Selon les renseignements transmis par l'IMR, cinq patients ont été placés en isolement en 2014 :

- l'un a passé plus d'une semaine en CSI et plus d'une semaine en isolement en chambre ;
- le deuxième a été placé une fois en CSI, pour une période de deux à sept jours ;
- le troisième a été placé deux fois en CSI, l'une pour un jour et l'autre pour plus d'une semaine, et une fois en chambre, pour une durée de 24 à 48h ;
- le quatrième a été placé deux fois une journée en CSI et, isolé en chambre treize fois une demi-journée et une fois une journée ;
- le cinquième a été placé en CSI, une fois une journée et une fois de deux à sept jours ; il a été isolé en chambre, deux fois pour une période comprise entre deux et sept jours et sept fois pour plus d'une semaine.

6.2.3 L'unité C1

L'unité C1 dispose d'une chambre spécifique de sécurité psychiatrique. Sa dimension de 5,5 m sur 2,36 m est celle des chambres d'hébergement ordinaires. Une fenêtre en deux panneaux l'éclaire. Le plus étroit des panneaux, de 31 cm, peut être ouvert ou bloqué.

La chambre est meublée d'un lit dit « Alzheimer » qui peut être baissé jusqu'au sol, d'un fauteuil et d'une table. Une sonnette est disposée au chevet du lit et permet d'appeler le local infirmier. L'appel déclenche également un signal lumineux dans le couloir. La lumière artificielle est diffusée par un plafonnier qui s'allume de l'extérieur. Le radiateur est protégé par une grille.

La chambre comporte deux accès. Le premier s'effectue par une double porte qui ouvre dans le couloir : un fenestron de 24 cm sur 33 cm permet d'observer l'intérieur de la chambre. L'autre accès s'opère par la salle de bain dont une porte est placée dans le couloir. La porte intérieure de la salle de bains donne sur des WC, qui constituent, en quelque sorte, un sas entre la salle de bain et la chambre : elle peut être ouverte ou fermée.

La salle de bain, dont la taille est la même que celle de la chambre, comporte une baignoire et une douche.

L'ensemble est propre et bien entretenu.

Les mises à l'isolement, peu nombreuses de l'unité C1, s'effectuent majoritairement par le recours à cette chambre et plus rarement par la mise en sécurité de chambres classiques (deux épisodes sur vingt-sept recensés en 2014). Il convient de noter que les éléments de confort de cette chambre avec WC individuel sont supérieurs à ceux d'une chambre d'hébergement ordinaire qui n'en dispose pas. Dans ces dernières situations, les malades qui sont enfermés sont contraints pour leurs besoins naturels soit de sonner ou de frapper à la porte, soit de se contenter de seaux « comme au moyen âge », comme cela a été rapporté par l'un des médecins interrogés dans l'enquête sur les patients sous contrainte, mentionnée ci-dessus. Les patients et les professionnels interrogés dans cette enquête considéraient que ces modalités remettaient en question le respect de la dignité des patients (24,2 % pour les uns et 42,1 % pour les autres).

6.2.4 L'unité C2

L'unité, qui reçoit essentiellement des adolescents, compte une chambre d'isolement. Elle est accessible par un couloir situé à proximité du bureau infirmier. Une autre porte, condamnée au moment du contrôle, permet d'accéder à la chambre par la salle de pharmacie.

D'une surface de 8 m² environ, les murs et le sol sont de couleur claire, reposante ; sa conception exclut toute arête et tout équipement susceptibles de constituer un danger. Une fenêtre, tenue fermée et dont les vitres sont munies de bandes pare-vue, donne sur un jardin.

Le matelas est posé sur un sommier en mousse très dense, difficile à soulever. Le lit est fait normalement (draps, oreiller, couverture) ; un nécessaire de nuit est prêt, dans le couloir d'accès. Le lit est dépourvu de matériel de contention. Un bouton d'appel est fixé à la tête du lit.

Dans le hublot de la porte donnant sur le local pharmaceutique, une grosse montre a été fixée.

Un local sanitaire, pourvu d'une porte, est situé hors de la chambre ; il comprend une douche et un bloc WC-lavabo, en métal.

Qu'il soit pratiqué en chambre de sécurité ou en chambre d'hébergement, l'isolement est décrit comme « rare » : « ici, on contient par la présence et par la relation ».

Il n'est recouru à l'isolement en chambre de sécurité que sur prescription médicale, laquelle n'est jamais préalable. En revanche, il arrive que le médecin prescrive un isolement en chambre « si besoin ». L'unité ne dispose pas de matériel de contention ; les chiffres communiqués par la direction montrent cependant que, contrairement aux propos tenus, ce recours, certes très faible, n'est pas totalement absent (Cf. § 6.3) ; le patient est alors transféré à l'unité A2.

Selon les renseignements recueillis, l'isolement en chambre d'isolement répond à des situations de danger, pour l'adolescent ou pour autrui. La recherche de l'adhésion du patient est dite systématique ; il est indiqué que nombre de patients accepte cette mesure, se sachant dangereux ou en danger. En chambre d'isolement, le patient revêt une chemise de nuit.

L'isolement en chambre sécurisée donne lieu à une surveillance « quasiment toutes les heures », qui s'accompagne régulièrement d'entretiens infirmiers. L'isolement peut ne pas être continu et le patient autorisé à sortir, d'abord pour de courts moments (une cigarette, un repas), puis de plus en plus longuement.

Le recours à l'isolement en chambre d'hébergement répond davantage à des situations de prévention (faible agitation susceptible de dégénérer) ou de blocage (patient mutique). La chambre n'est pas nécessairement fermée à clé ; il ne serait pas rare qu'un dialogue qui peinait à s'établir se mette en place à l'occasion d'un tel épisode.

6.2.5 L'unité B3

Cette unité dispose d'une chambre d'isolement. Dotée d'une fenêtre, elle comporte un lit reposant sur un socle en mousse et est équipée d'un WC.

Un fauteuil en mousse peut être disposé en chambre, selon le comportement de la personne.

Le patient isolé est mis en pyjama ; des bouteilles d'eau lui sont remises pendant son séjour.

Il a été indiqué au contrôleur que la contention n'était pas pratiquée.

A l'issue de ce séjour, le patient devra observer 24 à 48 heures de repos dans sa chambre personnelle, selon l'application d'un régime progressif.



La chambre d'isolement

Une double porte clôt la chambre d'isolement, le fenestron de la seconde porte permettant de voir l'heure sur une horloge (Cf. photo ci-dessous).

La douche, à l'italienne, est installée dans une pièce attenante, accessible par une porte de séparation.

Refaite il y a peu, elle apparaît propre, lumineuse et spacieuse.



La douche de la chambre d'isolement

La mise en isolement fait à la fois l'objet de protocoles et d'un suivi plus intense de la part des équipes, bien que la forme puisse en être différente. La multiplicité des formes de l'isolement et la souplesse de la mise en œuvre peut constituer un atout mais fait aussi craindre que toutes les formes d'isolement ne soient pas répertoriées. Compte tenu de l'absence de sanitaires, l'isolement en chambre d'hébergement porte atteinte à la dignité des patients. Il est pareillement attentatoire à la dignité qu'une imposte donne vue sur les toilettes comme c'est le cas dans l'une des chambres au moins. Un échange sur les pratiques serait utile pour veiller à une harmonisation et à une limitation de ces placements. La mise en place de registre est désormais obligatoire.

Dans sa réponse au rapport de constat, le directeur indique, d'une part, que l'utilisation de la chaise percée n'est pas systématique, d'autre part qu'une réflexion est en cours pour améliorer l'accompagnement des soignants, enfin, qu'une procédure de gestion des restrictions des libertés (notamment en chambre fermée pour raison thérapeutique) est mise en place, depuis la visite. Les contrôleurs observent que cette procédure, qui leur a été communiquée, prévoit d'assurer l'hygiène du patient, sans pour autant privilégier expressément l'accompagnement du patient aux toilettes.

6.3 La mise sous contention : procédure et pratiques

Le protocole relatif à la contention était en voie de validation au moment du contrôle.

Prescrite de façon exceptionnelle et en dernier recours, en cas d'urgence absolue (impossibilité pour les soignants de contenir une escalade de violence), la contention doit être décidée en concertation avec les soignants et n'est pratiquée qu'en chambre sécurisée. Immédiatement associée à une sédation médicamenteuse, elle est réévaluée toutes les trois heures. La surveillance soignante est intensive au départ de l'installation, toutes les quinze minutes pendant la première heure puis toutes les trente minutes. Le protocole met l'accent sur la nécessité de maintenir la continuité relationnelle entre l'équipe soignante et le patient pendant l'épisode.

Le projet de protocole décrit les différents types de contention (deux mains, sangle abdominale, deux mains et sangles abdominales, deux mains et deux chevilles, deux mains, deux chevilles et sangle abdominale).

Toute contention doit être déclarée à la direction médicale qui en tient un **registre**.

Comme la mise en chambre de sécurité, la mise sous contention est retracée précisément dans les dossiers des patients. L'exploitation des EBM - mise en chambre d'isolement - 2014 des cinq unités visitées par la mission montre la relative faiblesse de la contention dans les chambres sécurisées : l'utilisation la plus importante en est faite dans l'unité A2, qui accueille le plus de patients en soins sans consentement.

Pourcentage de mise en contention dans les épisodes d'isolement des patients de l'IMR en 2014

Unités	Total épisodes en chambre d'isolement 1/01- 31/12 2014	%contentions
A1	252	0,8 %
A2	479	7,3 %
C1	27	0 %
C2	250	2,8 %
B3	322	1,6 %

Source : exploitation mission des EBM anonymisés transmis par l'IMR

7- ELÉMENTS D'AMBIANCE

Les contrôleurs ont relevé de nombreux points positifs :

- une culture de la bienveillance et de la bienveillance, constitutive de la psychiatrie institutionnelle, et un projet d'établissement qui offre aux patients un cadre attentif, valorise leur autonomie et ne les laisse pas en déshérence dans les unités : ateliers thérapeutiques, ERMS, entretiens médicaux et présence soignante permettent de construire un vrai projet de soin individualisé ;
- une réelle attention aux droits des patients qui se traduit notamment par l'existence de protocoles relatifs à l'information des patients admis sous contrainte et par le renseignement attentif du dossier médical informatisé ;
- la primauté de l'état sur le statut, qui permet à des patients en soins contraints de bénéficier de sorties dans le parc et, rapidement, de sorties hors de l'établissement ;
- une volonté de transparence et de progrès (attention portée au consentement aux soins, réalisation d'enquêtes internes sur les pratiques) ;
- une attention particulière accordée à l'isolement et à la contention (exceptionnelle protocole, prescription médicale effective, suivi rapproché).

Certains points mériteraient cependant réflexion et amélioration :

- les locaux sont vétustes et inadaptés ; les chambres, non personnalisées, sont peu chaleureuses ; l'absence de WC dans les chambres, et le recours corrélatifs au seau hygiénique ou à la chaise percée, rend particulièrement discutable le placement à l'isolement en chambre d'hébergement (ce que, dans l'immédiat, les travaux à venir ne résolvent pas) ;
- le projet institutionnel semble s'essouffler dans certaines unités (géronto-psychiatrie notamment) ; les activités peuvent alors y apparaître plus occupationnelles que réellement thérapeutiques ;

- l'information des patients est lacunaire (manque d'informations quant au rôle et aux coordonnées de la CRUQPC et des autorités, absence de tableau d'avocats...) ; s'agissant des patients admis en soins contraints, la notification des décisions apparaît plus formelle que réelle (défaut ou insuffisance d'explication) ; la méconnaissance, par les soignants, des droits des patients ne permet pas de combler ce déficit d'information (Cf. les enquêtes réalisées par l'IMR) ; par ailleurs, le recueil des observations du patient au sens de l'article L3211-3 du code de la santé publique est améliorable ;
- la question de la sexualité, et l'absence de référence à cette question dans le règlement intérieur, ne fait manifestement pas consensus et il paraîtrait opportun d'engager une réflexion à ce sujet.